

Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française
Rue Saint Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Section : Cadre en soins de santé

**Améliorer le travail d'articulation autour de la prise en charge du patient
entre services de soins :
une nécessité et un défi pour le cadre de santé**

Présenté par Quensier Cindy

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française
Rue Saint Brice, 53
7500 Tournai
Enseignement Supérieur Paramédical
Section : Cadre en soins de santé

**Améliorer le travail d'articulation autour de la prise en charge du patient
entre services de soins :
une nécessité et un défi pour le cadre de santé**

Présenté par Quensier Cindy

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

*A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration
de cette épreuve intégrée,*

MERCI.

*Durant ce challenge de la formation cadre en soins de santé,
j'ai réussi à me dépasser grâce à vous.*

Exercice d'intégration tenant lieu de préface

Nous aurions pu réviser l'anatomophysiologie pour comprendre le travail de l'articulation. Là, l'articulation permet de joindre (deux bouts) pour permettre la locomotion. C'est mettre ensemble pour bouger, changer (de place) voire aller ou ... gesticuler !

Nous aurions pu réviser le droit qui n'est que travail articulé. L'article de la loi n'est qu'une partie de celle-ci. C'est la coordination des articles qui peut faire loi et donc cadre. C'est un autre article encore, que celui du journal ou de la mort. C'est bon à savoir !

Nous aurions pu réviser la grammaire avec ses articles tantôt déterminés, tantôt indéterminés. Nous aurions pu réviser l'économie et son chapitre sur le commerce mais un cadre n'a rien à vendre. Pourtant aujourd'hui, nous avons cours de diction. Les cadres n'auraient pas la santé éloquente, seraient-ils dyspraxiques ? « *Articules quand tu cadres !* » Articuler, c'est prononcer (distinctement) soit énoncer, exprimer, expliciter, proférer, déchiffrer, épeler (même l'œuf). Avez-vous quelque(s) chose(s) à dire, à déclarer : difficile de s'en dédouaner, non ? Articuler, c'est (prononcer) dis-tin-c-te-ment, avec discernement, avec entendement, se faire entendre, se faire comprendre et se faire obéir. Quand dire devient faire et te voilà, cadre !

Ici, le champ de la problématique n'est qu'un exemple pour plaire aux soignants que vous étiez, que vous êtes. Il n'est qu'un exemplaire tant le nombre d'articulations à distinguer est conséquent ; quel réseau mais quel travail, quel travail mais quels résultats ! Le cadre est et il restera dans l'*entre*. La séance de logopédie commence, écoutez-bien !

Bonne lecture en compagnie de Cindy, une *Studiolo*.

PATRICK

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 : LA COMMUNICATION	11
1.1. Définitions	11
1.1.1. L'information	11
1.1.2. La communication	11
1.2. Les formes de communication	12
1.2.1. La communication orale ou indirecte	12
1.2.2. La communication écrite ou indirecte	12
1.3. Les modèles de communication	13
1.3.1. Les modèles techniques	13
1.3.2. Les modèles linguistiques	14
1.3.3. Les modèles psychosociologiques	15
1.4. Relation et interaction	16
1.4.1. L'autorité	18
1.4.2. Le pouvoir	18
1.5. Conclusion	19
CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL D'ARTICULATION	20
2.1. Le réseau	21
2.1.1. Les réseaux de support d'un acteur individuel ou collectif	21
2.1.2. Les réseaux d'action collective	22
2.1.3. Les réseaux de partage et de capitalisation des pratiques	22
2.1.4. Les réseaux d'appui et d'apprentissage mutuel	23
2.2. Les conditions de réussite d'un réseau d'action collective	24
2.2.1. Savoir coopérer	24
2.2.2. Pouvoir coopérer	24
2.2.3. Vouloir coopérer	25
2.3. Les effets recherchés	26
2.3.1. La continuité des soins	26
2.3.2. Une démarche qualité	27
2.4. Conclusion	28

CHAPITRE 3 : LES RÔLES DU CADRE DE SANTE -----	29
3.1. Un média-----	29
3.2. Un coordonnateur -----	29
3.2.1. Les compétences managériales-----	29
3.2.1.1. Planifier-----	30
3.2.1.2. Décider -----	30
3.2.1.3. Motiver -----	30
3.2.1.4. Développer des compétences-----	31
3.2.2. Un leader -----	31
3.2.2.1. Les styles de leadership -----	31
3.2.2.2. Le leadership transformationnel -----	33
3.3. Conclusion-----	34
CONCLUSION ET PERSPECTIVES -----	35
BIBLIOGRAPHIE	
ABSTRACT	

INTRODUCTION

Commençons par décrire notre parcours professionnel qui, de toute évidence, a influencé le choix du sujet de cette épreuve intégrée. Infirmière depuis 15 ans, nous avons eu l'opportunité de travailler à la fois au sein d'un hôpital, dans un centre d'hébergement pour personnes handicapées et dernièrement au sein du domaine des soins à domicile. Ces 6 dernières années, nous sommes même passés de l'autre côté de la barrière puisque nous exerçons une fonction de cadre. Ces expériences nous ont amenés à nous poser, à différents moments, des questions sur les liens existant entre les institutions de soins autour de la prise en charge du patient et sur la place de la communication entre prestataires. Expliquons-nous...

Aujourd'hui, la Belgique, comme d'autres pays, se trouve dans un contexte d'austérité économique. La politique de santé n'y échappe pas et est soumise à un contrôle budgétaire. L'accent est porté sur la maîtrise des dépenses. Une augmentation de la qualité doit être maintenue mais sous la contrainte d'un certain niveau de ressources. Différentes réformes sont mises en place pour y parvenir et touchent directement les différentes institutions de soins et le bénéficiaire. Le financement des hôpitaux se réduit et se modifie au fur et à mesure du temps, amenant ces derniers à devoir diminuer la durée moyenne de séjour et à augmenter l'efficacité de l'utilisation des lits disponibles. Des structures complémentaires tels que des lits de convalescence, des hébergements en courts séjours, des services d'hospitalisation à domicile se mettent en place. Un développement et un renforcement des services de soins de première ligne sont également souhaités par les autorités. Ajoutons que les besoins en soins sont croissants suite au vieillissement de la population et à la multiplication des pathologies chroniques, ayant comme conséquence un recours accentué aux différentes institutions de soins.

A travers notre expérience professionnelle et nos échanges pluridisciplinaires au sein de relations soignant-soigné, nous observons un manque de communication entre prestataires autour de la prise en charge du patient. L'étude « Les métiers de demain de la première ligne de soins » réalisée par la fédération des maisons médicales de 2011 pointe un manque de coordination entre les secteurs de soins. Une des réflexions mise en avant est la distinction entre deux niveaux de coordination, à savoir la coordination centrée sur la prise en charge du patient et la coordination de services ou institutions d'aide et de soins.

Or, dans le contexte conjoncturel énoncé ci-dessus, il est essentiel que la relation entre le milieu hospitalier et les institutions extrahospitalières soit renforcée si nous voulons favoriser une approche intégrée et globale de la prise en charge du patient.

La communication entre les différents prestataires est essentielle à cette démarche. Les différentes structures existantes autour du patient constituent des sources de données autonomes mais complémentaires. L'apport d'informations est utile pour les uns comme pour les autres afin d'adapter au mieux le traitement du patient et sa prise en charge. La collaboration entre chaque institution de soins permet ainsi de garantir la continuité des soins.

En vue de l'élaboration de l'épreuve intégrée, étape ultime à l'acquisition du diplôme de cadre de santé, nous décidons d'entamer une réflexion sur la communication et le travail d'articulation autour de la prise en charge du patient entre le secteur hospitalier et les institutions extrahospitalières. En lisant notre travail, vous remarquerez que cette réflexion est progressive. Elle se construit au fur et à mesure des recherches. Trois grands chapitres constituent notre travail. Le premier est consacré à la communication. Comprendre ce processus complexe de par sa définition, ses formes, ses modèles et pouvoir relier celui-ci à notre sujet est l'objectif. Le deuxième chapitre s'intéresse au travail d'articulation entre équipes de soins autour de la trajectoire du patient. Nous y abordons le réseau ainsi que les conditions nécessaires à son fonctionnement. La communication y est relevée comme un élément central. Le troisième chapitre décrit principalement les rôles du cadre de santé, ce dernier étant un acteur clef dans le travail d'articulation entre les équipes. La conclusion reprend le lien entre les chapitres, l'état d'avancement de notre réflexion, les perspectives possibles et se termine par quelques mots sur notre cheminement personnel.

CHAPITRE 1 : LA COMMUNICATION

La communication, notion phare de cette épreuve intégrée, est avant tout complexe de par les différents sens que l'on peut lui donner. Afin de bien cerner notre sujet, il nous paraît utile dès le départ d'aborder et de distinguer information et communication, deux notions omniprésentes au travers de nos différents chapitres.

1.1. Définitions

1.1.1. L'information

L'information est un élément de connaissance susceptible d'être codé pour être conservé, traité ou communiqué. Dans le contexte de ce travail, le contenu de l'information désigne à la fois la maladie, le traitement médicamenteux, les implications sur les activités quotidiennes, les aspects financiers, des conseils pratiques de diététique ou d'éducation à la santé au sens large, liés à la prise en charge du patient et dont le personnel soignant peut s'enrichir afin d'adapter son intervention.

1.1.2. La communication

D'un point de vue étymologique, communiquer, du latin « communicare », signifie mettre en commun par la relation avec les autres. La communication est l'action de communiquer, de transmettre quelque chose à quelqu'un. Il s'agit d'un processus qui permet de mettre en forme un message et de diffuser son contenu en une séquence de signaux. Ces signaux peuvent être des gestes, des sons ou des signes.

De par ces définitions, nous pouvons affirmer que ces deux concepts sont liés. En effet, la communication consiste à transmettre un message qui peut se nommer information.

La communication permet aux personnes d'établir entre elles des liens psychologiques et sociaux, elle relève d'un processus continu de construction des relations sociales. Les différents services de soins peuvent échanger, construire, se développer à la fois de manière interne ou externe grâce aux différentes formes de la communication.

1.2. Les formes de communication

1.2.1. La communication orale ou indirecte

La communication orale suppose un échange entre soignants à des moments bien précis. Elle s'effectue pendant une journée de soins, en face à face, par le biais du téléphone ou par personne interposée. Elle permet le partage d'informations sur la situation du patient, un réajustement du contenu des informations et des interventions de soins. La communication orale reste complémentaire à l'écrit. Elle est nécessaire pour expliciter, vérifier, situer les soins au malade dans un contexte qui donne du sens aux prescriptions et à la dispensation des soins. L'oral est irremplaçable pour le débat, la confrontation des regards sur le malade et la prise de décision le concernant. Cependant, l'oral s'autorise davantage de libertés à savoir des approximations, des allers retours, des points de vues partiels ou épars, et ne laisse aucune trace.

1.2.2. La communication écrite ou indirecte

L'écrit, quant à lui, se prête à la consultation à distance, dans l'espace et dans le temps, et permet un engagement durable des faits. L'auteur Seli Arslan écrit : « Le processus d'écriture qui mène à la mise en mot d'une situation vécue dans un contexte de soin, d'expériences professionnelles diverses, d'une observation sur des pratiques et des modes opératoires, etc., vise d'abord à servir les lecteurs potentiels qui seront eux-mêmes des soignants, des patients ou des proches, ou bien un public plus vaste, intéressé par le thème traité. »¹ Dans une écriture en quête de sens, les soins s'écrivent pour que le collectif professionnel le sache, c'est-à-dire comme un savoir partageable entre tous afin de rendre intelligible la situation et les actes de soins, pour soi et pour les autres, et donc dans un souci de continuité de service. N'est-ce pas là un élément d'attention dans le contexte actuel de soins que nous connaissons ?

Les transmissions écrites ont également un caractère légal, auquel nous pouvons nous référer lors d'un problème juridique.

Penchons-nous un court instant sur le dossier patient. Le dossier patient reprend les prestations et observations réalisées auprès et autour du bénéficiaire de soins. Le parcours de soin du malade est ainsi mémorisé quelle que soit la structure dans laquelle il est soigné. Le partage de l'information réclame une indispensable coordination entre les prestataires.

Nous pensons que le dossier patient constitue une base de données tant à l'interne d'une organisation que pour extraire des données ciblées vers un service externe en vue d'optimiser le suivi de la prise en charge du patient.

¹ Arslan S. Et Al. – *Les soignants – L'écriture, la recherche et la formation*, Paris, Seli Arslan, 2012, p.144.

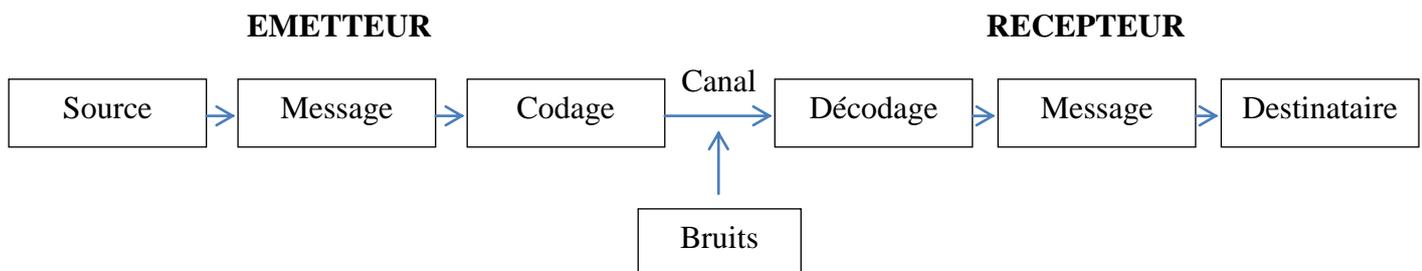
1.3. Les modèles de communication

La transmission d'information nécessite une relation entre deux acteurs, un émetteur et un récepteur. Le processus de communication peut donc être considéré comme le résultat de l'interaction de trois éléments fondamentaux, à savoir la source, le message et la cible. Depuis plus d'un demi-siècle, différents chercheurs venus d'horizons variés ont étudié et analysé ce processus. Ils ont tenté de formaliser celui-ci à l'intérieur de modèles censés y présenter des éléments constitutifs de façon schématique, claire et fonctionnelle. Trois types de modèles sont à distinguer : les modèles techniques axés sur les problèmes de transmission des signaux, les modèles linguistiques privilégiant le message et les modèles psychosociologiques envisageant la communication dans ses mécanismes psychologiques et sociaux. Ces différents modèles présentent une certaine complémentarité mais il n'existe pas un modèle unique de référence qui cible le processus complexe de la communication. Parcourons ensemble ces trois types de modèles, identifions leurs évolutions ainsi que les rapprochements possibles avec notre sujet.

1.3.1. Les modèles techniques

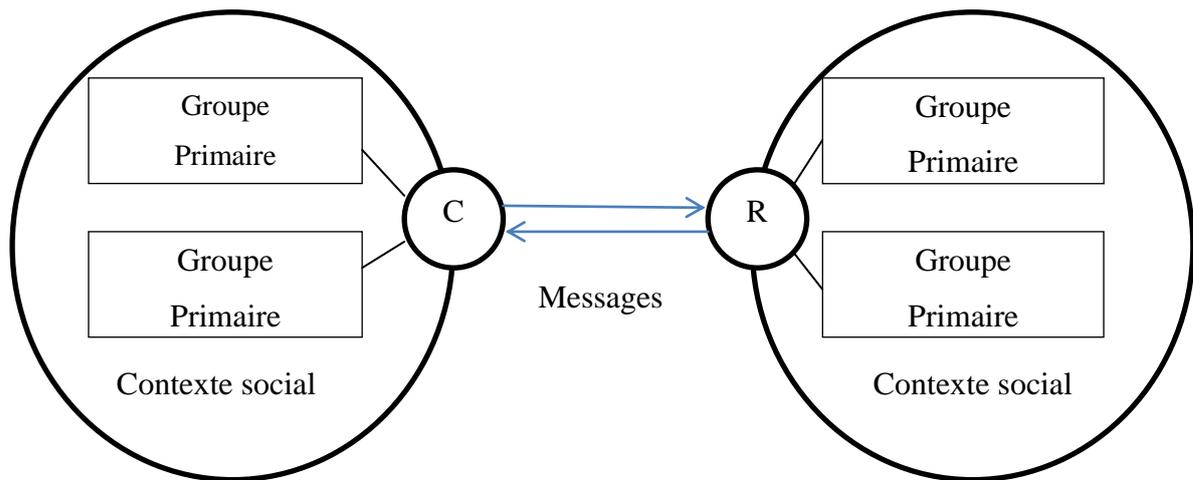
Modèle de Shannon et Weaver

Le modèle de référence est celui de Shannon et Weaver. La communication se limite au transfert d'un message à partir d'une source vers un destinataire sous la forme d'un signal qui peut être affecté par des bruits.



Ce schéma linéaire est simpliste et ne peut s'appliquer à toutes les situations de communication. Ce modèle manque de rétroaction, il ignore la pluralité des récepteurs et laisse de côté les éléments psychologiques et sociologiques.

Modèle de Mathilda et John Riley



Ce modèle situe l'émetteur rebaptisé communicateur et le récepteur au sein de groupes primaires (familles, communauté, petits groupes...). Dans notre cas, faisons référence aux hôpitaux, aux services de soins à domicile, aux maisons de repos et de soins... Il introduit de nouvelles notions, notamment celle de contexte et d'appartenance à un groupe, liées à la sociologie. Ce modèle est le premier à prendre en compte la notion de boucle de rétroaction entre l'émetteur et le récepteur. Il montre l'existence d'une réciprocité et d'une inter-influence entre les individus en présence. Il découle de la découverte de la notion de feed-back qui désigne la réaction du récepteur au message émis et le retour à l'émetteur. Les chercheurs en sciences sociales passent d'une vision linéaire à la conception d'un processus circulaire, du terme communication à celui d'interaction. Ils considèrent que le comportement des individus en train de communiquer est pris dans un jeu complexe d'actions et de rétroactions qui tendent soit à accentuer soit à amortir un processus en cours. Le principe de causalité circulaire suppose qu'un même comportement peut être à la fois envisagé comme stimulus, provoquant des réactions du partenaire, et comme réponse à un comportement antérieur à celui-ci. Une telle conception amène à considérer que la source et le destinataire sont des émetteurs-récepteurs exerçant des fonctions différenciées mais non clivées.

1.3.2. Les modèles linguistiques

Les modèles de Jakobson et de Hymes sont représentatifs des travaux de la linguistique dans le domaine de la communication. Ces modèles développent un point de vue centré non plus sur la transmission des messages mais sur les messages eux-mêmes au sein d'une communication verbale. Le modèle de Jakobson est composé de six facteurs auxquels il fait correspondre six fonctions communicatives spécifiques.

Contexte

(Fonction référentielle)

Destinateur ————— **Message** ————— **Destinataire**
(Fonction émotive) (Fonction poétique) (Fonction conative)

Contact

(Fonction phatique)

Code

(Fonction métalinguistique)

Quant au modèle de Hymes, il propose une approche pragmatique des interactions langagières mais replacées dans leur contexte social. Ce modèle se compose de huit éléments, à savoir la situation, les participants, les finalités, les actes, le ton, les instruments, les normes et le genre.

Les modèles linguistiques offrent une vision plus précise et plus humaine de la communication que les modèles techniques mais ne permettent pas pour autant d'expliquer toutes les difficultés en dehors du langage.

1.3.3. Les modèles psychosociologiques

Les modèles psychosociologiques pointent différents canaux de communication. Ils distinguent deux grandes catégories de langage, la première correspondant à la langue fondée sur des signaux arbitraires et la deuxième correspondant à l'expression corporelle reposant sur des signaux motivés. Par la suite, il s'est avéré que la communication ne pouvait se réduire à la relation entre un émetteur et un récepteur. La relation qui unit les partenaires est de l'ordre d'un rapport psychosocial déterminé par les statuts, les identités sociales et positions respectives.

Le modèle de Newcomb, un des premiers modèles qualifiés de psychosociologiques, soulève que toute situation de communication met en présence des individus caractérisés par des attitudes et des motivations. La communication est appréhendée comme un phénomène dynamique, complexe et non mécanique, permettant de faire évoluer une relation. Il fait également remarquer que les relations se nouent généralement autour d'un objet, en l'occurrence le patient.

L'approche psychosociologique a permis également de préciser dans ce cas-ci la notion de contexte caractérisé par le cadre, l'institution et le nombre de participants.

En lien avec les éléments énoncés ci-dessus, Erving Goffman, sociologue, développe que l'interaction est soumise à des focalisations variables, les statuts sont mouvants, chacun pouvant être à son tour locuteur, destinataire des propos ou simple spectateur d'un échange qui ne le concerne pas.

La communication s'articule autour de formats de participations successives qui correspondent à des variations de cadrage, à savoir les thèmes des échanges, les règles de paroles, les normes de conduite, la tonalité, les enjeux, ceux-ci se transformant lors du passage d'un cadre à un autre.

A l'issue de la description de ce point sur les modèles de communication, le modèle technique de Riley et le développement des modèles psychosociologiques nous aident à avancer dans le cadre de notre réflexion. Ils sont complémentaires. Le premier décrit un processus, le second précise davantage le contexte, met en avant l'objet et donne des facteurs influents sur la communication interactive.

1.4. Relation et interaction

Revenons dès à présent sur les notions de relation et d'interaction énoncées plus haut, au travers de leurs significations, formes, contexte et enjeux. Précisons que la communication est un mode d'expression de la relation, c'est un moyen au travers duquel des relations se construisent et se développent. L'interaction, quant à elle, est inhérente à la communication.

A la base de toute vie sociale, il existe des liens qui unissent les personnes. De là, la vie individuelle et collective apparaît comme un ensemble d'évènements à travers lesquels se nouent et se dénouent des liens. L'idée de relation désigne le fait que les phénomènes sociaux sont des processus traversés et structurés par une dynamique de nature relationnelle.

Nous retenons trois formes de relations interdépendantes, à savoir les relations interpersonnelles, les relations institutionnelles et les relations sociales. Les premières mettent l'accent sur le type d'échanges établis entre deux ou plusieurs personnes. L'établissement de la relation est conditionné par le cadre à l'intérieur duquel sont constituées les relations avec autrui. Dans une situation professionnelle, le simple fait de travailler ou de rencontrer fréquemment les mêmes personnes influence la qualité des relations. Un autre facteur de la relation interpersonnelle est l'existence ou non d'intérêts communs ou d'opinions partagées. La notion de relation institutionnelle désigne le fait qu'on ne peut réduire une relation à sa dimension purement intersubjective ou interpersonnelle. Elle ne représente jamais une simple relation de face à face, elle se développe et s'exprime toujours à l'intérieur d'un milieu social donné. Chaque société est structurée par un ensemble d'instances parmi lesquelles figurent les institutions. C'est à l'intérieur de celles-ci que la relation doit également être considérée. Ce qui caractérise les relations institutionnelles, c'est qu'il s'agit de relations organisées qui placent les individus dans un système d'échanges qu'ils n'ont pas choisi et qui leur impose des formes de communication plus ou moins contraignantes. Si les relations institutionnelles sont organisées suivant un modèle d'activités, elles doivent être considérées comme des relations de pouvoir. Nous y reviendrons un peu plus loin.

Une autre caractéristique est le morcellement des relations, chacun se trouvant dans une place assignée. Une organisation découpe les relations suivant les tâches ou fonctions liées aux personnes en présence. Enfin, les relations institutionnelles se définissent comme des relations conflictuelles. Ce caractère conflictuel est inhérent au fonctionnement social et institutionnel. En structurant les relations, une organisation produit des séparations, autrement dit des différenciations dont la conséquence essentielle est l'établissement d'un système inégalitaire. Et pour autant, elle cherche à développer un mode de fonctionnement qui consiste à rechercher l'adhésion de leurs membres aux objectifs préalablement fixés. Par exemple, au niveau intergroupe, des relations peuvent apparaître entre des services qui doivent coopérer mais qui développent des modes de communication qui freinent la bonne réalisation des activités.

En ce qui concerne la troisième forme de relation, à savoir les relations sociales, elle désigne l'inscription sociale, le contexte à partir duquel une relation doit être envisagée. Toute relation est dite sociale dans la mesure où elle met en évidence des appartenances et des positions sociales.

Notons que toute relation est dite interactive. La relation entre un émetteur et un récepteur ne se limite pas à la seule transmission unilatérale d'informations de l'un à l'autre. Non seulement le récepteur réagit, c'est-à-dire renvoie une réponse à l'émetteur qui, à son tour, retournera sa réponse. Mais avant même d'émettre toute information formulée, l'émetteur a déjà dû prendre en compte les informations peut-être informelles que son récepteur désigné diffuse du fait de sa seule existence. Toute relation de communication est échange incessant conduisant les deux acteurs à réagir l'un par rapport à l'autre en fonction de ce qu'ils reçoivent. Suivant les contextes, les buts et enjeux de la rencontre, des interactions symétriques ou asymétriques peuvent être distinguées dans les relations. Dans un échange égalitaire, les différentes personnes disposent en principe des mêmes droits et devoirs, de la même capacité à s'exprimer et agir. Cependant, en fonction des situations rencontrées, les interactions symétriques s'orientent différemment. Dans une relation symétrique, nous retrouvons des échanges équilibrés, réciproques où chacun peut donner ses opinions. Le dialogue, l'écoute en sont des caractéristiques. Le jugement et l'influence de l'autre sont laissés de côté. Les partenaires se respectent mutuellement. Nous distinguons également d'autres formes de symétries telles que la symétrie positive, négative ou inverse. La symétrie positive s'observe dans une dynamique où plus un individu argumente, plus l'autre trouve de nouveaux arguments pour enrichir le débat. La symétrie négative reflète des situations de surenchères et de rivalités. Quant à la situation de la symétrie inverse, cette dernière traduit des comportements opposés, amenant de l'incompréhension et un refus de dialogue. Les asymétries montrent, quant à elles, des relations inégalitaires liées au statut, au pouvoir, à l'expertise, au niveau d'information et aux caractères des personnes.

Les interactions asymétriques sont de deux types, à savoir les relations complémentaires et les relations de subordination. Dans la première, une personne donne, l'autre reçoit et inversement. Dans ce rapport stable, il existe une réciprocité des rôles, une interaction évolutive. Dans les relations de subordination, l'un donne et l'autre reçoit dans une relation de dépendance.

La relation interactive crée un champ de pouvoir ou d'autorité. Quelle différence y a-t-il ? Quel lien peut-on faire avec notre sujet ?

1.4.1. L'autorité

L'autorité est un attribut. C'est le droit ou le pouvoir de commander, de se faire obéir. Elle implique une notion de légitimité. Un manager tient son autorité de sa hiérarchie. Son pouvoir est lié à l'organisation. Il est centré sur la tâche.

1.4.2. Le pouvoir

Le pouvoir est une relation en situation, contingente aux acteurs et à la structure dans laquelle ils agissent. La perspective relationnelle du pouvoir permet de considérer que chacun, dans une organisation ou un groupe, a du pouvoir. Le pouvoir implique la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes. Les hôpitaux et les institutions extrahospitalières forment un ensemble de relations de pouvoir. Ils rendent possible le développement de celles-ci et en fondent son maintien. De par la nature décrite ci-dessus, pouvoir et organisation sont liés mais à ceci s'ajoute la nécessité de poursuivre un objectif commun. Le pouvoir du cadre ou du personnel soignant naît de la communication entre ses interlocuteurs, dans une relation réciproque mais déséquilibrée. Elle est réciproque par l'existence de l'échange et déséquilibrée de par le caractère inégal des ressources. Une marge de liberté et d'action existe. Communiquer est un verbe d'action. Chacun des partenaires engagés dans une relation de pouvoir a la possibilité de diffuser une information et de refuser ce que l'autre donne ou demande.

Le pouvoir de l'individu ou du groupe social prendra de l'ampleur en fonction de la zone d'incertitude. Quatre sources de pouvoir correspondant aux différents types de sources d'incertitudes d'une organisation ont été énoncées par Crozier et Friedberg² :

- celles découlant de la maîtrise d'une compétence particulière, l'expertise, et de la spécialisation fonctionnelle. L'expert dispose de connaissances ou de l'expérience du contexte qui lui permet d'être l'interlocuteur de choix ou une personne de référence au sein de son service ;
- celles qui sont liées aux relations entre une organisation et ses environnements, à partir de la mobilisation des acteurs et des intérêts personnels et/ou institutionnels qui en découlent ;

² Sociologues français, auteurs du livre « L'acteur et le système », Paris, Points, 3ème éd., 1992, pp. 64-90.

- celles qui dérivent de l'existence des règles organisationnelles, telles que la mise en place de procédures à appliquer autour du suivi de la prise en charge du patient ;
- celles qui naissent de la maîtrise de la communication et des informations.

Les institutions de soins fréquentées par le patient créent du pouvoir par la façon dont elles organisent la communication et les flux d'informations, et collatéralement les zones d'incertitude propres à ce facteur informatif.

1.5. Conclusion

L'élaboration de ce premier chapitre nous a permis d'éclaircir, d'élargir notre conception de la communication. Reprenons trois mots-clés pertinents : action, relation, interaction. Dans le cadre du sujet choisi pour cette épreuve intégrée, la communication est l'action de communiquer, de transmettre une information en vue de construire ou de consolider des relations entre services de soins, et ce autour de la prise en charge du patient. Nous parlons d'un mode d'expression écrite ou orale utilisé par l'émetteur et le récepteur. Nous sommes dans un processus dynamique, circulaire et où le contexte dans lequel se nouent les relations est à prendre en considération. Enfin, notons que plus un processus de communication est maîtrisé par les acteurs, plus il représente une source de pouvoir pour ceux-ci et l'institution qu'ils représentent.

Dans le chapitre suivant, nous abordons le travail d'articulation. Très rapidement, le développement de la notion de réseau deviendra évident et pertinent à notre réflexion.

CHAPITRE 2 : LE TRAVAIL D'ARTICULATION

Le travail d'articulation s'exerce entre activités, entre équipes, entre catégories professionnelles et aux interfaces avec les patients. Il est destiné à permettre une coordination d'activités de plusieurs groupes professionnels et de plusieurs ordres de tâches.

Selon Anselm Strauss³, l'articulation se réalise à trois niveaux organisationnels, à savoir celui de l'« arc de travail » qui reprend le tableau d'ensemble donné par le médecin, celui de la mise en ordre et de la supervision des tâches qui est assigné au cadre de santé et celui de l'articulation opérationnelle qui revient aux infirmières. Ce terme de travail d'articulation, couplé avec une réflexion en termes de trajectoire, permet une intégration dynamique des réalités hospitalières et extrahospitalières. Il définit : « le terme de trajectoire, [...] fait référence non seulement au développement physiologique de la maladie de tel patient mais également à toute l'organisation du travail déployé à suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur ceux qui s'y trouvent impliqués. »⁴. La trajectoire en question consiste donc à l'aboutissement d'un travail de collaboration et de gestion réalisé par des professionnels pour atteindre le but qu'ils se sont fixé concernant l'orientation du patient en fonction de sa pathologie. Chaque trajectoire est unique, découpée en plusieurs phases. Les actions se modifient en fonction de l'attitude et de l'intervention des différents acteurs, de leurs résistances et de leur volonté de coopérer. Les intervenants articulent leur position en fonction de leurs interactions, des contingences matérielles et structurelles, mais également de l'importance de leur tâche dans un contexte en constante évolution. Nous pouvons faire référence à une sorte de prise en charge collective sans cesse revue et réadaptée aux circonstances.

Dans le contexte actuel du système de soins, il devient impossible d'agir avec compétence en restant isolé et sans coopérer. Dès lors, faisons un lien direct avec la notion de réseau, un besoin face aux limites des organisations actuelles dans le domaine de la santé, qui favorise le développement du travail d'articulation.

³ Sociologue américain

⁴ Parcours scolaire du jeune dyslexique de troisième : une trajectoire orientée par le stigmaté, mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité orthophoniste, Université de Lorraine, 15/12/2013
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MORT_2013_DUCROCQ_CELINE_HERVE_LUCIE.pdf

2.1. Le réseau

Relevons que les raisons qui poussent à créer un réseau peuvent venir à la fois d'une volonté de mobiliser l'intelligence collective face à des situations complexes à gérer, de rechercher la cohérence, la convergence des contributions des acteurs au sein de structures décentralisées et de faire émerger une culture d'interaction. L'organisation de réseaux repose sur différents éléments, à savoir un objectif recherché, l'utilisation de moyens, d'outils et la présence d'intérêts communs. Sa dynamique est influencée par les liens établis entre l'environnement et l'organisation ainsi que par la structuration mise en place en termes de circulation d'information. En travaillant en réseau, les professionnels des différentes institutions de soins cherchent à se coordonner afin de proposer un service continu de soins de qualité. La continuité des soins passe par une meilleure connaissance et un meilleur dialogue entre les différents partenaires. La cohérence et la continuité recherchées sont centrées sur le patient et non pas sur la maladie. Le patient est au centre du dispositif. L'intégralité des aspects du patient et de son environnement est prise en compte.

Intéressons-nous à différents types de réseaux décrits dans la littérature par Guy Le Boterf⁵, à savoir les réseaux de support d'un acteur individuel ou collectif, les réseaux d'action collective, les réseaux de partage et de capitalisation des pratiques, les réseaux d'appui et d'apprentissage mutuel. Tentons de trouver les rapprochements ou liens pouvant être identifiés avec notre sujet.

2.1.1. Les réseaux de support d'un acteur individuel ou collectif

Ces réseaux constituent des supports à l'action d'un professionnel. Leur objectif est de fournir des ressources telles que des savoirs, des expertises, des informations ou relations que l'acteur ne possède pas personnellement mais dont il a besoin. L'ensemble des ressources propres et récoltées permettra aux acteurs d'agir de façon plus pertinente et efficace. Ces réseaux sont constitués de personnes-ressources et de supports documentaires. Ils sont caractérisés par l'hétérogénéité des données et des ressources. Ils constituent un potentiel d'informations et de connaissances. La reproduction de l'information se fait par duplication tandis que la reproduction de la connaissance s'effectue par apprentissage. Les réseaux de support mettent donc des informations à disposition et offrent des possibilités de construction de connaissances et de compétences à la demande du professionnel. Au sein de ceux-ci, la qualité des actions entreprises dépendra à la fois des compétences du professionnel, de la qualité du réseau et de son accessibilité. Le patient n'aura pas toujours conscience de ce processus. Ces réseaux peuvent être formels ou informels.

⁵ Docteur d'Etat en sciences humaines et en sociologie

Le partage d'informations et l'apprentissage de connaissances nous semblent intéressants mais nous relevons que la démarche n'est pas circulaire mais à la demande d'un professionnel. Toutefois, le développement d'une base de données telle que le dossier informatisé pourrait entre autre favoriser le bon fonctionnement d'un tel réseau. Quant à l'interpellation d'une personne ressource par le professionnel, nous nous posons la question de sa disponibilité au moment précis de la demande.

2.1.2. Les réseaux d'action collective

Ces réseaux s'orientent par rapport à des résultats attendus par un collectif. Ils ne sont pas au service d'un professionnel mais d'une mission collective autour d'un bénéficiaire. Un des dispositifs décrits est le réseau de soins. Celui-ci est constitué en vue d'assurer une coordination, une qualité et une continuité des soins de proximité à une population particulière. Il gère des parcours thérapeutiques tels que des patients précarisés, des personnes âgées, atteintes du SIDA... . Les professionnels intervenants sont variés. Dans l'hôpital, le travail de réseau a comme finalité la réalisation d'une articulation de trajectoire. Ce travail d'articulation consiste à traduire aux uns la logique des autres, à accompagner chaque acteur dans le déplacement qu'il doit effectuer pour passer d'une position isolée à une posture de réelle coopération. Cependant, la coopération reste à entretenir, à relancer et à fortifier. Elle est toujours prête à disparaître au profit d'un système d'acteurs qui ne seraient que juxtaposés et dans lequel les rôles de chacun s'additionneraient. Cette fragilité du lien de coopération suppose une fonction de pilotage servant à maintenir le lien, à faciliter les flux d'informations et à gérer les interfaces. Le pilote doit veiller à réunir les conditions favorables pour que les acteurs aient la volonté mais également les moyens d'y parvenir. La fonction de pilotage peut être confondue à une fonction d'articulation afin de faciliter les interactions au travers d'un parcours de soins. Plus les acteurs d'un réseau coopèrent, moins ils ont besoin de coordination.

Dans ce deuxième type de réseau, nous relevons la place centrale du bénéficiaire comme finalité ainsi que le caractère collectif de l'organisation mise en place. Cependant, reste la question de l'identité de la personne qui pilote. A notre sens, chaque service de soins doit disposer de son propre pilote, à savoir le cadre de santé.

2.1.3. Les réseaux de partage et de capitalisation des pratiques

La mission des réseaux de partage et de capitalisation des pratiques est de faire progresser les pratiques de chaque intervenant et de créer un savoir commun. Ils visent une valeur ajoutée, tant au niveau collectif d'une organisation qu'au niveau des individus participant à ce travail de mutualisation. Un processus de création de connaissances et de pratiques innovantes est à la base de ce réseau.

Les membres de ce réseau doivent avoir la capacité de prendre du recul par rapport aux expériences vécues. Ils doivent pouvoir formaliser ces dernières afin de les rendre exploitables et transmissibles. Cette construction n'est jamais neutre. Ces réseaux peuvent être à l'origine de la création de communautés de pratiques. Cette appellation fait référence à des équipes de professionnels ayant en commun un même domaine de spécialisation, un même intérêt pour partager, élaborer, diffuser du savoir et des connaissances. Ces communautés se caractérisent par une transversalité, une adhésion volontaire des membres décidant eux-mêmes de leurs objectifs et modes de fonctionnement, une participation continue des membres à un processus de partage, une forte fonction identitaire, une capacité à faire face à des situations incertaines, déconcertantes, inédites et enfin par des relations de solidarité.

D'après Guy Le Boterf, ces réseaux sont fragiles et souvent menacés car ils ne trouvent pas une place dans le cadre habituel des structures hiérarchiques. En échappant à l'emprise directe de la hiérarchie, ils peuvent être suspectés de déviance. Consommant du temps pour partager des connaissances et élaborer des savoirs, ils sont vite considérés comme chronophages. Le rythme lent de la réflexion collective se heurte aux pressions de la productivité et du court terme. L'auteur insiste donc sur le soutien à apporter à ces réseaux par un responsable hiérarchique. Ce dernier doit pouvoir saisir tout l'intérêt encouru pour l'institution de soins et la logique de constitution, de fonctionnement. Dans ce cadre-ci, les membres de ce réseau ont besoin d'être soutenus et non coordonnés.

Ce troisième type de réseau s'éloigne de notre problématique. D'après nos lectures, il fait référence à des échanges de pratiques, d'outils ou à la construction de pratiques innovantes entre professionnels. En lien avec le contexte de ce travail, le patient n'y est ni abordé ni central.

2.1.4. Les réseaux d'appui et d'apprentissage mutuel

Ces réseaux n'ont pas une finalité collective, ils ne cherchent pas à créer un savoir commun mais à rendre possible l'enrichissement des uns par les autres en échangeant des savoirs ou des savoir-faire et en faisant en sorte que chaque membre puisse être à la fois apporteur et offreur. Ils correspondent donc à des intérêts et besoins individuels. Ils ne sont pas au service d'un de leurs membres ou d'un professionnel, mais au service de chacun. Dans cette dynamique, l'échange donne l'envie d'approfondir ses connaissances et de s'engager dans un processus continu d'apprentissage. Les membres de ce réseau apprennent sur leur façon de communiquer, découvrent leurs modes de transmission et apprennent à les adapter face aux demandes des partenaires du réseau. Ils renforcent également leur confiance en eux par le fait d'apporter quelque chose aux autres. Ces échanges tissent indirectement du lien social.

Ce quatrième type de réseau est intéressant de par la nature du lien continu présent entre ses membres, l'augmentation des savoirs et l'adaptation des comportements, mais il reste cantonné à un intérêt individuel.

En conclusion, le réseau d'action collective nous paraît être le réseau se rapprochant le plus de notre sujet de réflexion au vu des éléments qui le caractérisent. Voyons, dès à présent, les conditions de réussite d'un tel réseau et par conséquent du travail d'articulation qu'il génère.

2.2. Les conditions de réussite d'un réseau d'action collective

2.2.1. Savoir coopérer

Le fonctionnement d'un réseau d'action collective nécessite la recherche d'un langage commun sur lequel ses membres peuvent s'appuyer. Chaque partenaire prend pour autant compte du point de vue de l'autre, s'y confronte, adapte son comportement et apprend à coopérer tout en respectant la spécificité de l'autre. La diversité des acteurs du réseau constitue une source de richesse, en termes d'informations dans notre cas, dont le but est d'arriver à une représentation partagée de la prise en charge du patient. La représentation partagée se construit progressivement dans l'action, au fur et à mesure des échanges. Elle évolue sans cesse en fonction de la dynamique des situations rencontrées. Par ailleurs, travailler en réseau demande non seulement de la communication mais également une capacité de compréhension du raisonnement et du fonctionnement des autres partenaires. Cela sous-entend de l'écoute, un décodage du discours de l'autre, la capacité de se distancier et de faire preuve de réflexivité. Le recul engendré permet de relativiser et d'accepter que l'autre puisse penser différemment. Au fur et à mesure des échanges entre prestataires, les comportements deviennent plus aisés, facilités et accentués. Les réunions de concertation pluridisciplinaires, quant à elles, permettent de réorienter le travail collectif et constituent des moments privilégiés d'apprentissage de la coopération. Il est alors essentiel qu'un rapport de réunion soit réalisé afin d'assurer une traçabilité et un suivi des échanges. Enfin, le réseau a besoin d'outils communs pour fonctionner. Une fiche de liaison entre l'hôpital et les institutions extrahospitalières pourrait être créée en vue de constituer une première opportunité d'apprentissage de la coopération. Faisons également référence à l'intervention éventuelle d'un infirmier chargé de la liaison lors du transfert d'un patient d'une institution de soins à une autre.

2.2.2. Pouvoir coopérer

Le réseau a besoin d'un pilote pour fonctionner. Le pilote veille à ce que le réseau ne perde pas de vue les missions qui lui sont confiées. Il s'assure que l'ensemble des conditions de fonctionnement, celles qui permettront à ses membres de savoir, pouvoir et vouloir coopérer, soient réunies.

Pour pouvoir coopérer, les membres du réseau doivent être conscients de l'objectif auquel ils contribuent. Des résultats quantitatifs et/ou qualitatifs sont attendus afin de pouvoir évaluer les actions entreprises dans le réseau. Au sein de cette épreuve intégrée, les résultats attendus sont d'ordre qualitatif puisque la finalité recherchée est l'amélioration des relations entre prestataires de soins autour de la prise en charge du patient.

Les différents acteurs du réseau constituent des ressources complémentaires quant à l'objectif poursuivi. Le fondement de leur motivation s'appuie sur l'existence d'un intérêt commun. La faculté de travailler en équipe et de coopérer est une nécessité. Notons qu'il est important de veiller à ce que le réseau ne soit pas bloqué par d'éventuels conflits de pouvoir. L'organisation de formations et le style de management adopté influencent le comportement des acteurs. Le fonctionnement du réseau s'améliore à travers le temps et lors de réunions de coordination.

Qu'il s'agisse de communication, de confidentialité ou de modes de fonctionnement, une charte des droits et devoirs est utile à la création de ce réseau. Cette charte précise les règles de coopération, les valeurs éthiques et principes déontologiques à respecter. Une cartographie ou un annuaire des professionnels engagés est également nécessaire pour accéder facilement aux sources d'informations auxquelles les membres du réseau peuvent faire appel. Ces outils constituent une mémoire qui se révèle utile en cas de modifications de la configuration du réseau, d'entrées et de sorties de certains membres.

Enfin, revenons en quelques lignes sur l'alliance de la dématérialisation des documents, permise par le support informatique et le transport télématique des données permettant le partage de connaissances. Les données informatiques deviennent communication grâce aux réseaux de télécommunication. Ces derniers permettent l'envoi et la réception d'une partie ou de la totalité des informations. Les télécommunications tendent à homogénéiser les pratiques et également à décroquer les informations, les savoirs. Elles facilitent la collaboration et incitent les professionnels à partager des informations rapidement et à grande échelle.

2.2.3. Vouloir coopérer

Le travail en réseau est exigeant en temps consacré, en énergie dépensée, en tolérance acceptée, en disponibilité donnée et en rigueur manifestée. Une contribution ne peut être efficace si elle se limite à une participation superficielle. Le travail en réseau oblige à donner, recevoir et rendre. Aucun acteur ne peut être contraint à échanger ou à communiquer. Mais si un intérêt existe à partager, cela augmente la volonté des acteurs à participer volontairement au fonctionnement du réseau. La question du gain, tant au niveau individuel que collectif, se pose et renvoie à la notion de valeur ajoutée.

Travailler en réseau peut apporter des satisfactions personnelles, à savoir la valorisation d'appartenir à un tel réseau, l'occasion de se développer professionnellement, l'opportunité d'étendre le champ des relations ou encore la découverte d'autres métiers ou disciplines. Cependant, la finalité du réseau reste marquée par une signature collective. En mettant en valeur le résultat obtenu par la synergie des différents apports, le pilote peut mettre les contributions de chacun en évidence. La progression du travail en réseau n'est pas linéaire. Les avancées ne sont parfois pas suffisamment perçues. Une nouvelle fois, le pilote a un rôle à jouer. Il lui revient de montrer comment les difficultés ont été surmontées, affrontées successivement et d'en retirer de l'expérience. Il joue un rôle capital dans le soutien de la motivation.

2.3. Les effets recherchés

2.3.1. La continuité des soins

Selon une approche canadienne, la continuité des soins résulte de la circulation, de la reprise de l'information entre les différents intervenants et les établissements de soins, ainsi que d'une coordination. Les soins sont alors vécus comme cohérents et reliés dans le temps par le patient. Il existe trois types de continuité qui relient les divers secteurs des soins de santé, à des degrés divers, à savoir la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité d'approche. La continuité informationnelle signifie que l'information sur les événements antérieurs est utilisée pour prodiguer des soins adaptés aux circonstances actuelles du patient. L'information peut être sur papier, électronique ou contenue dans la mémoire du soignant. Le transfert de l'information ne peut à lui seul lier les éléments des soins. L'information doit être utilisée et interprétée. Les soins passant constamment d'une infirmière à une autre, que ce soit dans les hôpitaux ou avec les autres milieux, constituent une des difficultés rencontrées. La communication peut permettre d'assurer une reconnaissance et un maintien de soins cohérents. La continuité relationnelle désigne une relation continue entre le patient et un ou plusieurs soignants. Celle-ci offre un support permettant de relier les soins passés et présents. Elle constitue également un lien avec les soins futurs. La continuité d'approche veille à ce que les soins reçus de différents intervenants soient reliés de façon cohérente par l'établissement de plans d'intervention clairs. La continuité est le résultat d'une progression de soins d'une infirmière à l'autre, d'une équipe à une autre, d'une discipline à une autre et d'un établissement de soins à un autre. Cela suppose un plan de soins implicite et un certain transfert d'informations, essentiel à orchestrer la prise en charge du patient.

Une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) traitant de la continuité du traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile, parle, quant à elle, de la continuité en ces termes : « La continuité souhaitable des soins dispensés à un patient dans le système de soins de santé parmi l'éventail de soignants et d'environnements »⁶. L'éventail de soignants réfère aux soins multidisciplinaires et à la manière dont les membres des différentes professions de santé interagissent pour dispenser des soins de façon globale au patient. L'environnement réfère aux différents sites de soins tels que l'hôpital, les services de soins à domicile, les maisons de repos ou autres, et la transition entre eux.

2.3.2. Une démarche qualité

La qualité peut être définie comme une philosophie de gestion orientée vers le patient, qui cherche à améliorer en permanence les processus de travail et qui favorise de façon continue le travail en équipe en valorisant les richesses individuelles et en impliquant toutes les parties intéressées. Comme le souligne Jean Lecomte, Président du Mouvement Wallon pour la qualité, « ... Mettre en place un véritable esprit qualité prend beaucoup de temps, c'est un processus lent et méthodique touchant l'information, la communication, la technologie, les structures, la culture... »⁷

La qualité n'existe pas en tant que telle. Elle ne se résume pas en une pièce de puzzle à ajouter ou à retirer. La qualité est à chaque fois à inventer, à créer et à faire évoluer. Au sein du secteur de la santé d'aujourd'hui, les professionnels doivent de plus en plus chercher à se coordonner afin de proposer un service continu de soins de qualité. La mise en place d'une démarche de qualité dans le domaine des soins est une question de survie, de pérennité et de développement de la pratique soignante face aux enjeux économiques, politiques et sociaux de notre société.

Quelle que soit la démarche entreprise, il est essentiel de pouvoir accepter qu'une part de la qualité de soins et de prise en charge du patient n'est pas maîtrisable car cette dernière est directement liée aux personnes en présence et au désir ou à la motivation qui les animent. Cependant, aucune forme de démission ou de fatalisme ne peut être autorisée.

D'une part, ce qui peut être maîtrisé relève essentiellement d'un certain nombre de conditions organisationnelles et matérielles servant de support à l'exercice du métier de soignant, et d'autre part, il existe un champ non négligeable de prises d'initiatives basées sur l'instauration d'une atmosphère d'humanité ou d'un esprit soignant ayant comme objectif une cohérence d'ensemble relative à la mission fondamentale qu'est la prise en charge du patient.

⁶ Continuité de traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile, Rapport KCE 2010
<http://www.farm.ucl.ac.be/cfcl/conferences/2010/Tivoli-KCE-02-12-10/Claeys-Tivoli-KCE-02-12-10.pdf>

⁷ Le Portail Qualité, 22/02/2013 www.mwq.be/qualite/index.html.

2.4. Conclusion

L'articulation de la trajectoire du patient peut être obtenue grâce à un travail de réseau d'action collective. Pour réussir ce dernier, retenons trois conditions afin que les acteurs puissent coopérer : le savoir, le pouvoir et le vouloir. Prendre en compte ce que l'autre nous livre, écouter, échanger, être capable de se distancier, disposer d'intérêts communs, être conscient des apports possibles, être motivé à vouloir le changement, disposer d'outils... sont autant d'éléments à prendre en considération. Relevons l'importance de la fonction de pilotage à l'intérieur du réseau. Elle y est essentielle. S'assurer que les acteurs ne perdent pas de vue les objectifs recherchés et s'assurer des conditions de fonctionnement du réseau en sont les composantes.

En défendant l'idée que chaque institution doit disposer de son propre pilote, à savoir le cadre de santé de chaque service de soins, voyons dans le prochain chapitre où il se situe dans le réseau et quel rôle il peut y jouer.

CHAPITRE 3 : LES RÔLES DU CADRE DE SANTE

Au sein d'un réseau d'action collective, nous situons le cadre de santé, d'une part, comme un intermédiaire ou un interlocuteur possible avec les autres services de soins et d'autre part, comme un coordonnateur dans le développement et le maintien de projets de collaboration.

3.1. Un média

Le cadre de santé détient la base de connaissance la plus large de son service. De par sa position centrale, il est en permanence en train de recevoir des informations provenant de divers intervenants, tels que le médecin, le kiné, l'infirmière... qu'il redistribue automatiquement afin d'optimiser la trajectoire du patient. Le cadre de santé a pour rôle de créer le lien entre tous ces professionnels. Il est un porte-parole de chaque intervenant. Dans cette optique-là, il peut être à la fois émetteur d'un message ou la personne-ressource à qui s'adresse un prestataire externe en quête d'informations sur la prise en charge d'un patient. Il devient alors un média disponible à l'intérieur du réseau.

3.2. Un coordonnateur

Il ne peut y avoir de réseau sans un animateur, sans un coordonnateur qui garantisse le sens et les modalités d'action du travail collectif au sein de chaque institution de soins. Le cadre de santé va coordonner, organiser les actions de son équipe en vue de participer à l'élaboration et au fonctionnement du réseau. Pour y parvenir, il ne lui suffit pas d'être simplement manager mais également leader.

3.2.1. Les compétences managériales

Le manager planifie, décide, motive et participe au développement de son équipe. Il anime des personnes aux caractères, aux motivations, aux vécus et aux ambitions différentes. Il doit être capable de gérer des situations de conflits deux à deux ou en groupe. Il a comme missions de pouvoir insuffler le changement, de créer des situations qui facilitent l'action, qui permettent à la fois aux personnes d'aller au-delà de leur zone de confort, et à l'institution de trouver de nouvelles ressources. Le manager est celui qui va traduire l'ensemble de la stratégie en différents objectifs qui seront attribués aux collaborateurs de façon individuelle et collective. Il a un rôle à la fois de découpage mais en même temps de compréhension et de pédagogie pour que chaque individu intègre ce qu'il a à faire, détermine ses responsabilités et la manière dont il doit interagir avec les autres.

3.2.1.1. Planifier

La planification est un processus dont la résultante est l'élaboration d'un plan. Ce plan peut être un plan d'activités, de ressources ou un plan stratégique. Il est indispensable à la coordination et à l'établissement de scénarios. Cet outil est utilisé à la fois au niveau organisationnel afin d'imaginer une stratégie, au niveau managérial pour structurer des actions collectives et au niveau individuel pour s'organiser. Planifier permet de gagner en efficacité mais il est important de savoir se détacher, avec conscience et pertinence, de ses plans afin de s'adapter et d'innover.

3.2.1.2. Décider

Deux types de décisions existent, à savoir des décisions délibérées, affichées, prises par la Direction ainsi que des décisions émergentes, prises par les individus et les managers. Celles-ci peuvent être qualifiées « d'application » lorsqu'elles sont imposées hiérarchiquement et « de prises d'autonomie » lorsqu'elles découlent de l'initiative du cadre de santé. Dans ce dernier cas s'ajoutent également des décisions de moyens et de contenu. Une déclinaison de paramètres est à prendre en considération, tels que le temps, les aspects techniques, financiers et humains.

Le manager doit être capable d'assumer ses décisions, d'expliquer ses choix vis-à-vis du groupe ou des individus. Il veille au respect du timing et aux ressources utilisées afin d'atteindre l'objectif visé. La créativité est une notion importante sur le plan décisionnel. Elle se compose d'expertise, d'ingéniosité et de motivation intrinsèque. L'environnement de travail l'influence énormément. Enfin, ajoutons l'aspect culturel ayant une répercussion sur la prise de décisions du cadre de santé.

3.2.1.3. Motiver

La motivation est un type de comportement que tout individu est supposé pouvoir développer. Il s'agit d'un processus qui est déclenché à l'origine par l'action d'une force motivationnelle intérieure qui dépend des caractéristiques personnelles et par une force motivationnelle externe relative à une situation, à un environnement de travail ou à un style de management... Ce processus active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus. Notons que le concept de motivation est souvent confondu avec les notions d'implication, d'engagement, de mobilisation et de satisfaction. L'implication fait référence aux dimensions affectives, cognitives, conatives, normatives ou de contraintes. L'engagement correspond à un état d'esprit positif lié au travail qui est caractérisé par la vigueur, le dévouement et l'absorption. La mobilisation se définit comme étant une dynamique dans laquelle l'individu se trouve en constante adaptation afin de maintenir un niveau de satisfaction qui lui convient.

La satisfaction est perçue comme le résultat d'une évaluation résultant de l'écart entre les attentes et la perception de son emploi. C'est un état émotionnel correspondant à l'expérience de travail telle qu'elle est perçue par individu.

3.2.1.4. Développer des compétences

Le manager s'engage dans l'organisation de la formation continue de son personnel. Il doit en être l'initiateur afin de contribuer au développement professionnel des membres de son équipe, à la réflexion et à l'élaboration de méthodes d'organisation et d'outils appropriés. Il peut informer, expliquer le plan de formation, animer des formations collectives, transmettre ses compétences, faire coïncider les attentes des collaborateurs et le plan de formation. Le cadre de santé endosse également le rôle de chef de projet. Il aide ses collaborateurs à réussir des projets transversaux, situés en-dehors de son périmètre de responsabilités. Il veille à la réalisation de projets en intégrant des contraintes de qualité, de temps et de coût. Une autre mission du manager est d'insuffler, de provoquer ou d'accompagner le changement. Il joue un rôle dans l'acceptation et l'adaptation de celui-ci. Il communique le sens, les modalités, la valeur ajoutée du changement. Des résistances peuvent apparaître, de manière implicite ou explicite, immédiate ou différée. Celles-ci peuvent être générées par des sources individuelles ou organisationnelles. Les sources individuelles sont attribuées aux habitudes, à la peur de l'inconnu, au traitement sélectif de l'information et les sources organisationnelles proviennent de l'inertie structurelle, de l'inertie des groupes, de la menace pour l'expertise, pour les relations au pouvoir et pour la répartition des ressources. Le cadre de santé a comme mission d'identifier et de répondre aux résistances liées au changement.

3.2.2. Un leader

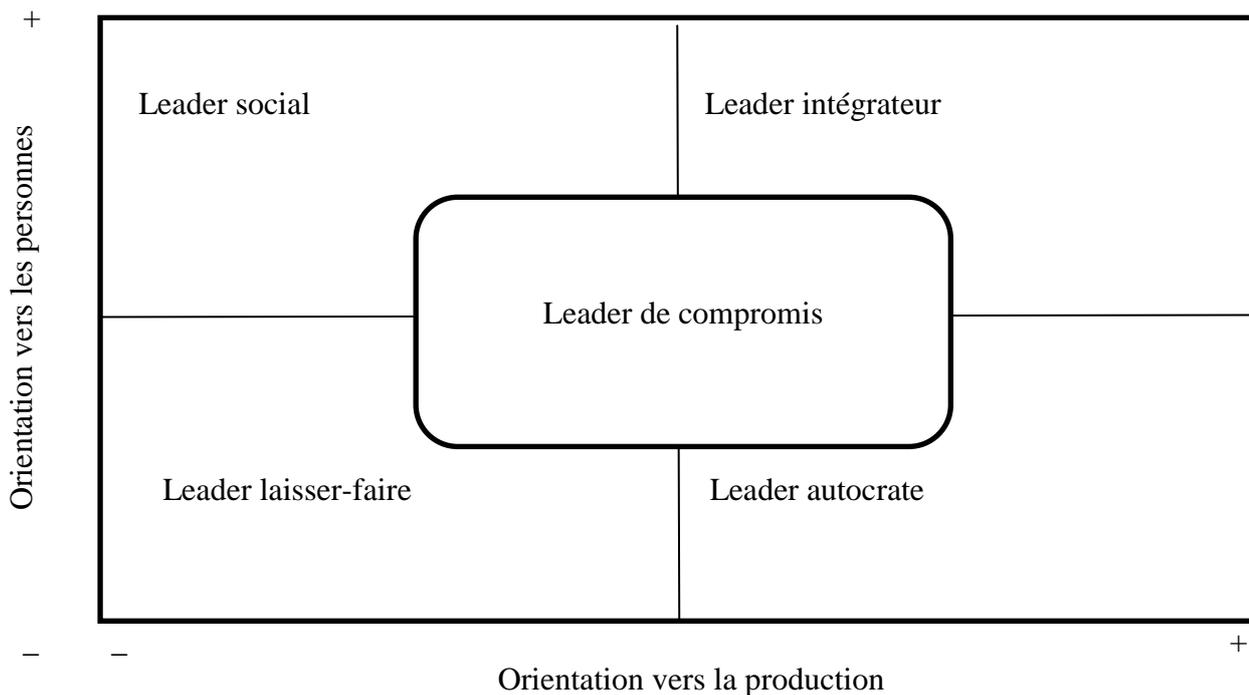
Le leader est un visionnaire. Il conduit et guide les autres en leur indiquant la direction à prendre. Il produit le changement, motive, crée un sentiment d'appartenance. Il donne du sens à l'action. Il inspire, rassemble et propose une nouvelle vision. Devenir un leader ne s'apprend pas, ne se décrète pas, c'est le fruit d'un contexte, d'une maturité et d'un projet dans lequel on est reconnu influent. C'est un rôle acquis, voire conquis.

Porter un projet de création de réseau nécessite que le cadre de santé devienne leader. Faire évoluer un service de soins, changer les pratiques existantes sont des défis au regard du contexte de soins actuel. Le leader influence la direction de l'activité d'un groupe par le style qu'il adopte. Découvrons ensemble ces principaux styles et le leadership transformationnel.

3.2.2.1. Les styles de leadership

Depuis 1950, différentes recherches se sont axées sur la description des styles de leaders et de leur efficacité suivant les situations.

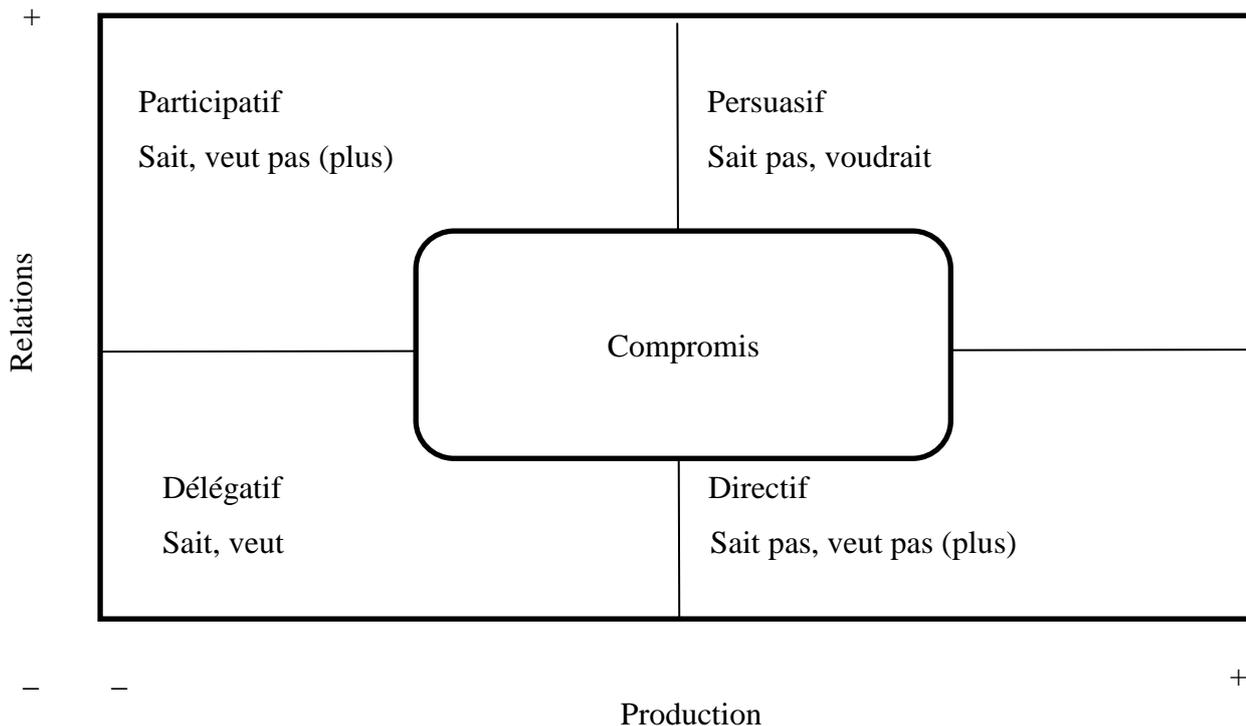
Le modèle développé par Blake et Mouton



Au sein de cette grille, cinq styles de leader sont identifiés sur base de deux dimensions. L'une de celles-ci est orientée vers la réalisation d'une tâche où le leader s'applique à détailler les devoirs et les responsabilités d'un individu ou d'un groupe, y compris le fait d'indiquer aux personnes que faire, comment et où le faire, et qui doit le faire. L'autre dimension est centrée sur l'établissement de relations efficaces où le leader s'engage dans une communication à double sens ou multidirectionnelle s'il y a plus d'une personne. Cette attitude comporte l'écoute, l'encouragement, la facilitation, l'apport de clarification ainsi que le soutien psycho émotionnel. Dans le modèle de Blake et Mouton, nous identifions le leadership de compromis, social, intégrateur, autocrate et du laissez-faire. Le leadership de compromis essaie de concilier tous les objectifs. Il réalise un équilibre entre les impératifs de travail et le maintien du moral des collaborateurs afin d'aboutir à des performances. Le leader social portera son attention aux besoins du personnel afin d'établir de bonnes relations, ce qui entraînera une ambiance et un rythme de travail agréable. Le leader intégrateur veillera à l'implication des individus dans leur travail, à l'atteinte de buts fixés par l'entreprise tout en travaillant dans un environnement de respect et de confiance. Le leader autocrate pense que l'efficacité résulte de la mise en place de conditions de travail conçues pour que l'individu interfère le moins possible. Le leader laissez-faire réalise un effort minimum permettant d'obtenir l'exécution du travail afin de garder sa place dans l'entreprise.

En regard des éléments qui viennent d'être cités, les deux derniers styles nous paraissent inappropriés de par l'absence de motivation et de rétroaction reflétée par le style autocrate, ainsi que par le manque de prise de responsabilités du cadre engendré par le style du laissez-faire.

Le modèle de Hersey et Blanchard



Dans ce courant, le leader adopte le style le plus adapté à la situation. Il doit accroître le niveau de maturité de ses collaborateurs afin de développer leur autonomie de travail. L'autonomie s'entend comme le croisement de la compétence et de la motivation. Quatre principes fondent ce modèle, à savoir le développement des personnes, le style approprié à la situation, l'évaluation de l'autonomie des personnes et la création de conditions propices au développement de l'autonomie. Ces principes ont permis de faire émerger quatre styles de leadership bâtis à partir des deux dimensions mises à jour par Blake et Mouton. Nous retrouvons le management directif fondé sur l'organisation, les instructions et le contrôle, le management persuasif basé sur la mobilisation, la conviction et la formation, le management participatif réclamant de la négociation, du conseil, de l'écoute et enfin le management délégitif fondé sur la responsabilité, l'initiative et la prise de risque.

3.2.2.2. Le leadership transformationnel

Le leadership transformationnel mise sur la relation interpersonnelle et sur la vision du leader pour motiver ses subordonnés à s'engager vers l'atteinte de buts communs, à la fois d'intérêts personnels et institutionnels. Le leader identifie les besoins de son personnel, les amène à prendre conscience de leurs capacités. Il les aide à se développer, à se dépasser, à acquérir de la confiance en soi, à être davantage performant. L'influence exercée consiste à leur donner également du pouvoir de manière à ce qu'ils deviennent des leaders à leur tour et des agents de changement dans l'organisation.

Le leader transformationnel fait preuve de proactivité, de créativité et apporte des idées novatrices. Il envisage de nouvelles façons de travailler, délègue des responsabilités, apprend à son équipe à prendre des initiatives, promeut la coopération et le travail d'équipe. Selon cette approche, plus les individus gagnent en responsabilités et en autonomie, plus ils ont tendance à s'engager dans les projets institutionnels. Ses qualités ou habilités sont le charisme, l'inspiration, la considération individuelle et la stimulation intellectuelle. Le leader charismatique est particulièrement motivé à influencer son équipe. Il présente une vision claire et simple des objectifs à atteindre, de la mission de l'institution et des effets positifs qui pourraient découler des efforts fournis. L'inspiration fait référence aux qualités émotives et aux sentiments pour influencer. L'inspiration stimule l'enthousiasme des membres d'une équipe en vue du travail à accomplir, aide à développer la confiance de l'équipe et son habilité afin d'atteindre les objectifs avec succès. Le leader développe une vision attractive, utilise des mots persuasifs et communique clairement le défi à atteindre. La considération individuelle représente la capacité de pouvoir traiter ses subordonnés différemment, individuellement et de façon équitable. Le leader procure soutien, aide et encouragement dans le développement personnel. Par la stimulation intellectuelle, le leader encourage ses employés à remettre en question leurs façons individuelles de travailler et les incite à développer une pensée critique. C'est un processus par lequel les membres d'une équipe sont engagés dans l'analyse, la formulation, l'implantation, l'interprétation et l'évaluation d'un projet.

3.3. Conclusion

Au cœur du réseau, le cadre de santé est un acteur à part entière, à la fois une personne ressource et un pilote pour son service. De par sa position centrale et de ses différents contacts, il réalise un réel travail d'articulation autour de la prise en charge du patient. Par ailleurs, face au défi d'une coordination autour de la trajectoire du patient, il doit pouvoir être porteur du projet au sein de son service. Etre leader, à un moment donné, est une nécessité pour le cadre de santé. Les compétences managériales ne suffisent plus. De par son leadership, il doit pouvoir insuffler le changement. Dans ce cadre-là, l'approche transformationnelle nous semble appropriée de par ses caractéristiques basées sur le développement, le dépassement et la performance des individus.

En dehors du leadership transformationnel, le cadre de santé continue à adopter les autres styles de leadership en fonction des situations rencontrées et des objectifs à atteindre. Un seul et unique style n'existe pas !

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Repartons de l'intitulé de notre sujet de recherche : la communication et le travail d'articulation autour de la prise en charge du patient entre le secteur hospitalier et les institutions extrahospitalières. Déterminons les liens que nous avons pu créer entre les différentes notions de départ, les états d'avancement de notre réflexion et revenons sur la pertinence du sujet choisi pour un cadre de santé.

La communication permet aux services de soins de pouvoir échanger, vivre de manière interne et externe. Réduire le processus de communication au simple résultat de l'interaction de trois éléments fondamentaux, à savoir l'émetteur, le message et le récepteur, serait une erreur. A travers les modèles de communication, nous relevons entre autre les concepts pertinents de pluralité des acteurs, de fonctions différenciées mais non clivées, de processus circulaire, de contexte, d'attitudes et de motivations. La communication s'appréhende comme un phénomène dynamique qui permet de faire évoluer une relation autour d'un objet, ici le patient. De là, naît l'interaction, consubstantielle à la communication.

Poursuivons sur le travail d'articulation qui s'exerce entre les équipes de soins et qui a pour but de permettre une coordination d'activités. La communication et l'interaction en sont des éléments centraux. Entre services de soins, les individus articulent leur position en fonction de leurs interactions. Aujourd'hui, nous défendons l'idée qu'il devient impossible d'agir avec compétence en restant isolé. Mais quelle pourrait être la solution pour y parvenir ? Le réseau.

Le réseau de soins permet un décroisement entre les acteurs. Relevons le réseau de support, constitué de personnes-ressources ou de supports documentaires. Est-il suffisant ? C'est un premier pas. Mais parlons plutôt du réseau d'action collective, dans lequel des liens peuvent être clairement établis avec la notion précédente de travail d'articulation. Communiquer, coopérer tout en tout en respectant la spécificité de l'autre, favoriser les réunions pluridisciplinaires quand la situation le demande, créer des outils permettant le transfert d'informations, instaurer de nouvelles fonctions au sein des services de soins et accroître le développement télématique des données sont des conditions de réussite.

Enfin, le cadre de santé devient une personne-clef au sein de son institution. En tant que pilote, il veillera à réunir les conditions favorables pour que les acteurs aient la volonté mais également les moyens de communiquer. Sa fonction peut être confondue à une fonction d'articulation. Pour y arriver, le cadre de santé adaptera son management mais devra également être porteur, leader du projet et ce, tout au moins, au début de celui-ci.

Dans le contexte actuel des soins et des changements organisationnels profonds des institutions de soins, le cadre de santé a de nouveaux rôles à jouer. Il doit pouvoir aller de l'avant, être visionnaire, apporter ou susciter le changement quand c'est nécessaire. Relevons le leadership transformationnel comme étant un levier intéressant. Bien sûr, il ne faut pas non plus sous-estimer le rôle des directions qui doivent pouvoir porter ces réels projets institutionnels, accompagner, développer une nouvelle culture d'entreprise reprenant des valeurs telles que la coopération, se donner et donner les moyens aux cadres de pouvoir y arriver.

Finalement, de fil en aiguille, il nous apparaît évident qu'en approchant le travail d'articulation ou de réseau, la question de l'amélioration de la communication est elle-même traitée. « Comment améliorer le travail d'articulation autour de la prise en charge du patient entre le secteur hospitalier et les institutions extrahospitalières ? » aurait pu être l'intitulé de notre sujet de recherche. Mais allons encore plus loin. Avant de s'attaquer au développement d'un réseau externe, ne pouvons-nous pas ramener le concept de travail d'articulation au sein même de chaque institution de soins ? Ne serait-ce pas là la première action à réaliser ? Le transfert d'information entre services de soins se fait-il au sein même de l'hôpital ? Communique-t-on suffisamment ? Les moyens disponibles sont-ils suffisants ? Quel est le ressenti des patients, du personnel infirmier, du cadre de santé, des autres corps professionnels ? Et ces questions peuvent être ramenées à n'importe quel autre type d'institutions reprenant différentes disciplines.

Pour terminer, nous espérons que la réflexion entamée au sein de cette épreuve intégrée puisse être source d'inspiration pour les directions, les cadres mais également les prestataires des soins. Nous sommes convaincus qu'un suivi pourrait être donné à ce travail. Lancez-vous !

En ce qui nous concerne, nous nous sommes sentis évoluer et grandir en réalisant ce travail. Nous pensons avoir atteint les objectifs, à savoir pouvoir arriver à traiter un sujet issu de notre situation professionnelle, relevant de notre fonction, visant au développement de la qualité des soins et à l'amélioration de l'organisation d'un service de santé. Le processus fût progressif et enrichissant. Le challenge était de pouvoir se distancier dans une bonne mesure de notre milieu professionnel actuel, de faire des choix judicieux de notions à développer en évitant de se perdre dans de la théorie extrême.

BIBLIOGRAPHIE

INTERNET

Communication, Wikipédia – L'encyclopédie libre, 24/08/2014

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Communication>

Communication de groupe et communication de masse, quelles différences ?, Moch Olivier, 10/09/2014 <http://olivier-moch.over-blog.net/article-communication-de-groupe-et-communication-de-masse-queelles-differences-74641564.html>

Continuité de traitement médicamenteux entre l'hôpital et le domicile, Rapport KCE 2010

<http://www.farm.ucl.ac.be/cfcl/conferences/2010/Tivoli-KCE-02-12-10/Claeys-Tivoli-KCE-02-12-10.pdf>

De la communication à l'interaction - l'évolution des modèles, Picard Dominique, 30/08/2014

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/colan_0336-1500_1992_num_93_1_2380

De nouvelles capacités de leadership au service de la qualité, Stordeur Sabine, IEPSCF, 01/03/2015

<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/LEADERSHIP%20QUALITE.pdf>

Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 05/01/2014

<http://www.fcass->

[cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_f.pdf)

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Préparation de la sortie du patient hospitalisé, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé, 08/10/2014

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009->

[08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001_2009-08-31_16-13-36_630.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001_2009-08-31_16-13-36_630.pdf)

Histoire de la formation professionnelle infirmière, Roman – Ramos Valérie, Université de Provence, sciences Croisées, 10/09/2014 <http://sciences-croisees.com/N9/RomanRamos.pdf>

Infirmières en chef, véritables leaders : utopie ou réalité, mémoire Mattens Anne, IEPSCF Tournai, 03/02/2015 <http://www.lereservoir.eu/BASE%20TFE%20CADRES/ANNE%20MATTENS.pdf>

Information et communication, Moch Olivier, 24/08/2014

<http://olivier-moch.over-blog.net/article-information-et-communication-123553647.html>

Informer/Communiquer, L'éducation socioculturelle dans les établissements agricoles, 22/08/2014

<http://escales.enfa.fr/ressources-du-gap-esc/image-et-communication-mediatisee/informer-communiquer/>

Larousse français, 23/12/2013 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

La transaction communicationnelle Un concept d'articulation des relations de pouvoir en communication des organisations, Cordelier Benoit, Université du Québec à Montréal-UQAM, 15/12/2013

http://www.academia.edu/371281/La_Transaction_Communicationnelle_Un_Concept_DArticulation_Des_Relations_De_Pouvoir_En_Communication_Des_Organisations

Les métiers de demain de la première ligne de soins, Fédération des maisons médicales 2011,

03/03/2012 <http://www.maisonmedicale.org/Les-metiers-de-demain.html>

Le Portail Qualité, 22/02/2013 www.mwq.be/qualite/index.html

L'exercice du leadership transformationnel des infirmières-chefs et les facteurs organisationnels l'influençant dans le contexte des modifications à la pratique infirmière : une étude de cas, mémoire Labarre Karine, faculté des sciences infirmières – Université Laval Québec, 01/03/2015
[file:///C:/Users/user/Downloads/24491%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/24491%20(1).pdf)

L'utilisation d'un leadership transformationnel par un directeur général, ses effets bénéfiques pour son entourage organisationnel et pour lui-même, Rinfret Nathalie, Chaire La Capitale en leadership dans le secteur public – Québec, 01/03/2015
http://www.chairelacapitale.enap.ca/capitale/docs/recherches/recherchesgetos_mai07.pdf

Modèles de Communication, 24/08/2014 http://www.micheldurso.be/tfe/0744_modele_com.php

Parcours scolaire du jeune dyslexique de troisième : une trajectoire orientée par le stigmate, mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité orthophoniste, Université de Lorraine, 15/12/2013
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MORT_2013_DUCROCQ_CELINE_HERVE_LUCIE.pdf

Psychosociologie appliquée aux relations de travail, Vantomme Patrick, 05/02/2015
<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/LES%20NOTES%20DE%20COURS/PSYCHOSOCIOLOGIE.pdf>

LIVRES

Amado G., Guittet A., *Dynamique des communications dans les groupes*, Paris, Armand Colin, 6^{ème} Editions, 2012, 191p.

Boudier C. et Al., *Raisonnement et démarche clinique infirmière-Projet de soins infirmiers*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS, collection « Cahiers des sciences infirmières », 2011, 164p.

Chereul P-Y., *Le code de l'information*, Lyon, Editions Chronique sociale, 1989, 228p.

Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Paris, Points, 3^{ème} éd., 1992, pp. 64-90.

Dejoux C., *Management et Leadership*, Paris, Editions Dunod, Collection les Topos, 2014, 126 p.

Grosjean M., Lacoste M., *Communication et intelligence collective-Le travail à l'hôpital*, Paris, PUF, 1999, 225p.

Le Boterf G., *Travailler en réseau et en partenariat-Comment en faire une compétence collective*, Paris, Eyrolles, Collection ressources humaines, 3^{ème} éd., 2013, 174p.

Le Petit Larousse 2003

Naudin D. et AL., *Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité – Encadrement des professionnels de soins*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS, collection « Cahiers des sciences infirmières », 2012, 200p.

Mucchielli A., *La nouvelle communication*, Paris, Armand Collin, 2004, pp. 93-144.

COURS

Florin CH., Cours de management, année scolaire 2012-2013

Vantomme P., Affirmation de soi et gestion des émotions, Leadership, année scolaire 2011-2012, p.47

Vantomme P., Principes de Gestion de l'information & Gestion et utilisation de l'outil informatique, année scolaire 2013-2014

ABSTRACT

Professionnels de la santé, peu importe l'institution de soins dans laquelle nous travaillons, chacun a été un jour confronté à un manque d'information concernant la prise en charge d'un patient.

Qu'est-ce que communiquer entre professionnels ? Comment articuler autour de la prise en charge du patient entre services de soins ? Quel rôle peut jouer le cadre de santé ? Répondre à ces questions est un réel défi pour l'avenir au vu de la conjoncture du contexte actuel des soins...