

Qualité construite en neurologie : stratégies pour l'organisation des soins infirmiers

Nicolas Canales Bravo, Adelaide Nascimento, Pierre Falzon

▶ **To cite this version:**

Nicolas Canales Bravo, Adelaide Nascimento, Pierre Falzon. Qualité construite en neurologie : stratégies pour l'organisation des soins infirmiers. 53e congrès de la SELF. L'ergonomie à quelles échelles ? Quelles pratiques pour quelles tailles d'entreprises et d'établissements publics ?, Gabriel Carballeda & Thierry Viallesoubranne (ETHNA), Oct 2018, Bordeaux, France. hal-03257980

HAL Id: hal-03257980
https://cnam.hal.science/hal-03257980

Submitted on 11 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

53ème Congrès International Société d'Ergonomie de Langue Française

Archivé électroniquement et disponible en ligne sur :

www.ergonomie-self.org

https://www.ebscohost.com/corporate-research/ergonomics-abstracts

Texte original.*

Qualité construite en neurologie : stratégies pour l'organisation des soins infirmiers

Nicolas Canales Bravo, Adelaide Nascimento & Pierre Falzon

Cnam-CRTD Equipe Ergonomie, 41 rue Gay Lussac 75005 Paris

nicolas.canalesbravo@lecnam.net

Résumé. Cette communication présente comment un collectif d'infirmières gère les contraintes et les exigences afin de construire la qualité dans les soins hospitaliers en neurologie. L'activité de soins est comprise et analysée comme un processus tridimensionnel de performation, de signification et d'organisation, toujours collectif et organisé. Les résultats montrent que les infirmières mettent en place différentes stratégies opératoires, dans le but de concilier les exigences de qualité selon les standards d'assistance fixés par l'organisation avec les critères de qualité élaborés et définis par les infirmières mêmes. Pour construire la qualité, les opératrices s'organisent de manière active avec les patients et les collègues pour livrer des prescriptions programmées, en tentant de « prendre soin » de chaque patient en fonction de ses besoins et de la variabilité propre à sa maladie.

Mots-clés : Qualité des soins – Qualité du travail – Performance du système - Stratégies de travail

Constructing quality in neurology: strategies for the organization of nursing.

Abstract. This paper presents the way in which nurses manage constraints and requirements in order to achieve care quality in a hospital context. Healthcare quality is understood and analyzed as a three-dimensional and collective process of action, of meaning and of organization. Results show that nurses implement different organization strategies for their activity, in order to accommodate quality requirements as set by the organization and quality requirements as designed by nurses. In order to achieve quality, nurses collaborate actively with patients and colleagues in order to deliver prescribed treatments, taking care to each patient according to their needs and the variability of their disease.

Keywords: Healthcare quality – Quality of work - System performance - Work strategy

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Bordeaux du 3 au 5 octobre 2018. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :
Canales Bravo, N., Nascimento, A., & Falzon, P. (2018). Qualité construite en neurologie : stratégies pour l'organisation des soins infirmiers. Actes du 53ème Congrès de la SELF, Bordeaux, 3-5 Octobre 2018.
Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

INTRODUCTION

L'amélioration de la qualité des soins des maladies neurologiques chroniques évolutives est aujourd'hui un enjeu important à l'hôpital, en particulier en France, où on estime que l'activité médicale dans cette spécialité a augmenté près de 15 % depuis l'année 1998 (Cnamts, 2017). Ces affections sont à l'origine d'un handicap multiple et d'un état de dépendance progressif, du fait de symptômes qui peuvent altérer la santé dans toutes ses dimensions (physique, cognitive, psychique, comportementale) (Bradley et al, 2004). Ces patients ont besoin par conséquent d'une prise en charge hyperspécialisée et pluridisciplinaire tout au long de la vie.

La littérature montre que la qualité des soins de santé en neurologie est fortement liée à la capacité des professionnels à réaliser une prise en charge coordonnée et continue lors de l'hospitalisation (Cordesse et al., 2013). Par exemple, les retards dans la distribution des médicaments auprès des patients atteints de la maladie de Parkinson conduisent à des « blocages » moteurs et sont une cause fréquente du séjour prolongé en unité d'hospitalisation (Cesaro, 2011). Par conséquent, aujourd'hui, connaître les conditions qui favorisent la réalisation de soins de qualité de manière organisée et sûre tout au long du séjour à l'hôpital est un défi majeur.

De nombreuses disciplines se sont emparées du problème de la qualité des soins à l'hôpital ces vingt dernières années – médecine, soins infirmiers, *human factors* – ; néanmoins la plupart de ces travaux adoptent un "approche normative" de la qualité (Vincent et Amalberti, 2016). La qualité des soins y est vue comme un objet stable que l'on peut définir à l'avance ; il s'agit du *« degré de conformité des soins donnés par le personnel (...) à des normes fixées d'avance »* (Morel, 2012, p.257). La norme correspond ici au niveau à atteindre conformément à ce qui peut être attendu dans une « situation de soins standard » : transgresser cette norme constitue un facteur de dégradation de la qualité.

A contrario, l'ergonomie constructive a développé ces dernières années une approche différente de la qualité (Falzon et al., 2012 ; Falzon et al., 2013) : elle y est vue comme un processus dynamique mis en œuvre par les opérateurs dans la situation réelle de soins, grâce à une combinaison en contexte de ressources effectives délivrées par l'organisation pour réaliser le travail prévu – règles formelles, procédures, conditions matérielles –, et de ressources individuelles et collectives disponibles pour les agents pour faire face au travail réel – compétences, autonomie, santé. Cette approche se distingue d'une vision normative dans la mesure où elle reconnaît l'existence d'un écart irréductible entre l'idéal et le réel dans la situation de travail, en reconnaissant en outre des divergences possibles entre les critères de qualité des concepteurs et ceux des opérateurs.

En s'inscrivant dans cette dernière perspective, cette communication présente différentes stratégies élaborées par une équipe d'infirmières pour construire la qualité des soins en neurologie. L'activité de soins y est comprise et analysée comme un processus tridimensionnel de performation, de signification et d'organisation, toujours collectif et organisé (Lorino, 2017). La *performation* est le processus productif, le « faire » dans une situation singulière et contingente, l'acte ; la *signification* fait référence à l'ensemble des éléments dotés de sens qui accompagnent l'activité en cours, et qui résultent d'un processus de reconstruction/recomposition du cadre social et culturel dans lequel se déploie l'activité ; et l'*organisation* désigne le mouvement continu de rénovation des rôles, instruments, règles, cadres temporels et spatiaux qui régissent l'agir individuel et collectif.

SITUATION ET METHODES

La demande émane conjointement du

responsable qualité et du médecin responsable du département de neurologie d'un hôpital parisien. Elle concerne un diagnostic sur la qualité des soins en vue d'un projet de mutualisation des équipes soignantes entre différents secteurs du département. Ce projet s'inscrit dans un changement architectural et organisationnel à venir, avec fusion de services. Dans cette communication, nous présentons les analyses réalisées dans l'un des deux secteurs étudiés.

Terrain, populations

L'étude a été menée dans un secteur du département de neurologie accueillant seize patients en hospitalisation, le plus souvent atteints de la maladie de Parkinson ou de trouble du comportement. 13 infirmières diplômées d'Etat (IDE) alternent journée du matin et de l'après-midi tous les 15 jours, et changent de secteur d'hospitalisation tous les mois. L'âge moyen est de 31 ans (entre 24 et 36 ans), l'ancienneté moyenne dans le service de 3 ans. Les IDE les plus anciennes travaillent dans l'unité depuis 7 ans, et les moins anciennes depuis 1 mois.

Les IDE sont responsables de la préparation et de l'administration des traitements et des soins techniques conformément aux prescriptions médicales. La journée est organisée selon un enchaînement de grandes tâches : transmissions orales avec l'équipe qui précède, organisation/préparation du tour de service 1, visites protocolaires, tour de service 2, transmissions orales avec l'équipe qui lui succède. Elles sont ainsi en charge de la préparation, de l'organisation et de la distribution des prescriptions médicales en toute sécurité et aux heures prévues. Elles doivent se coordonner avec les autres professionnels du service : médecins, aides-soignants, professionnels paramédicaux, etc.

Méthodes de recueil, modes d'analyse des données

Le recueil de données a été réalisé en deux étapes conformément aux méthodes d'analyse du travail en ergonomie (Guérin et al., 2006). 20 heures d'observation ouverte et 4 programmes d'observation systématique (données recueillies sur papier) ont d'abord été menés lors de 4 journées de travail différentes (2 matinées, 1 après-midi et 1 week-end) auprès de plusieurs IDE. Ensuite, 4 infirmières volontaires ayant fait l'objet d'une observation systématique dans la première phase ont participé à des entretiens semi-directifs, pour parvenir à une compréhension fine de l'activité.

Les données des observations ont été traitées de manière qualitative et quantitative à l'aide des catégories contenues dans la grille d'observation : déplacements, actions de soins et activité collective selon le diagnostic et le niveau de handicap de chaque patient. Les données verbales issue des entretiens ont été enregistrées et ont fait d'une analyse de contenu manuelle. Les thèmes codés pour l'analyse sont : critères de qualité des soins, déterminants de la qualité et stratégies opératoires.

RESULTATS

Gérer le handicap et s'adapter au patient : l'activité de soins comme performation

Les résultats des observations montrent que les contraintes liées à la prise en charge des patients sont très variables. Une visite pour prendre en charge un patient peut durer entre 1 et 41 minutes selon le type de pathologie, les symptômes et l'état de son handicap lors la réalisation des soins. Les patients atteints de la maladie de Parkinson, dont la mobilité fluctue au fil de la journée – allant de tremblements involontaires à une rigidité totale du corps – et qui ont des troubles cognitifs, ont besoin d'un grand nombre de traitements oraux administrés toutes les heures à des horaires précis afin d'éviter le « blocage ». Les patients atteints de trouble du comportement présentent régulièrement des décompensations psychologiques qui se traduisent par des changements brusques

du comportement (agressions, tentatives de fugue, pleurs). Les IDE consacrent une partie importante de leur temps à ces crises, ou surveillent constamment ces malades afin d'éviter une tentative de fugue ou un comportement agressif. Les IDE doivent donc s'occuper de patients qui imposent une lourde charge physique ou émotionnelle.

Lors des entretiens, les IDE expliquent que même si elles parviennent à réaliser tous les soins techniques programmés sur la journée – satisfaisant ainsi aux critères de qualité définis par les standards –, il leur est souvent difficile de concilier la prescription avec leurs propres exigences de qualité. Elles expliquent qu'un nombre élevé de prescriptions, le manque de temps, la variabilité et la spécificité de l'état de chaque patient leur imposent des arbitrages difficiles ; elles peuvent alors échouer à réaliser des soins en adéquation avec leurs propres critères de qualité. Ainsi, distribuer les traitements à un groupe de patients atteints de la maladie de Parkinson tout en s'occupant d'une urgence (blocage, chute, décompensation psychologique, tentative de fugue), ou s'occuper d'un patient qui n'est pas en mesure de recevoir le soin à administrer (le patient a des mouvements incontrôlés, ou il est immobile, ou encore il s'oppose au soin) oblige les IDE à reporter ou à renoncer à ce qu'elles considèrent comme fondamental dans l'accomplissement de leur travail : passer du temps avec le patient, répondre à ses besoins particuliers, surveiller son état comme il convient, l'informer lui ainsi que sa famille, lui apporter un soutien psychologique, etc. Ici, la qualité est difficile à atteindre, comme l'exprime cette infirmière : *« même si tu souhaites bien faire ton travail, consacrer à chaque patient le temps qu'il faut, pour établir un contact avec le patient, tu n'as pas d'autre option que d'aller vite pour faire ton travail à cause des prescriptions » (IDE 3, 31 ans, 7 ans d'expérience professionnelle, 3 ans d'ancienneté dans le service).*

Les discours sur les critères d'un soin de qualité et leur signification

L'analyse des discours tenus lors des entretiens permet de connaître la vision des IDE au sujet de la qualité, et d'en identifier les critères formels et informels. Les critères formels (relatifs aux aspects techniques et normatifs prévus par l'organisation ou relatifs à la conformité à la prescription médicale, dimension du *cure*), sont cités par les IDE de façon presque unanime comme un cadre guidant leur action de soin. Les réponses sont plus hétérogènes en ce qui concerne les critères informels (les initiatives particulières à mettre dans la démarche de soins, dimension du *care*) et paraissent liées à l'expérience et au style de chacune. Cependant, pour les IDE, un soin de qualité doit concilier ces deux dimensions. L'une d'entre elles explique par exemple : « il ne suffit pas d'*être concentrée sur un soin ; mais l'expliquer au patient « "je vais vous perfuser" », le mettre à l'aise, (…) parce que plus il sera détendu, mieux ça va se passer, même pour nous » (IDE 1, 29 ans, 4 ans d'expérience professionnelle, 4 ans d'ancienneté dans le service). »*

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Critère formels (dimension du cure)				
Respect de la prescription	X	X	X	X
Accès au matériel nécessaire	X	X		X
Respect de la dose (posologie adéquate)	X	X	X	X
Respect de la voie d'administration	X	X	X	X
Administration au bon patient	X	X	X	X
Administration à l'heure prévue	X	X	X	X
Critères informels (dimension du care)				
Adapter la prescription à l'état et aux besoins du patient	X	X	X	X
Vérifier que les effets du traitement sont ceux qui étaient attendus		X		X
Expliquer le soin au patient	X	X	X	X
Installer le patient correctement	X	X		X
Etre présente auprès du patient	X	X	X	X
Eviter au patient de ressentir de la douleur	X	X	X	

Tableau 1 : Classification systématique des catégories de critères de qualité des soins pour chaque infirmière (IDE).

Bien que la plupart des IDE partagent les mêmes critères de qualité, ceux-ci ont un champ de significations différent selon le type de patient concerné et son état, à tel point qu'émergent différentes interprétations de la prescription en fonction de la représentation individuelle de chaque situation de soins (y compris

lorsqu'il s'agit de la même action de soins). Ainsi, pour poser une perfusion à un patient atteints de Parkinson, il peut être judicieux de faire preuve d'une *"manutention douce"* si le patient est bloqué ou bien de *"suivre le rythme du bras quand le patient bouge"*. Pour un patient atteint de trouble du comportement, au contraire, il faudra parfois *"expliquer avec anticipation pour éviter une crise"* ou *"poser la perfusion le plus vite possible"*. Dans les deux cas, les significations apportent sens et contenu à la tâche, et fonctionnent comme un cadre de régulation pour l'activité.

Stratégies pour mener à bien l'organisation des actions de soin : concilier les critères de qualité.

Pour concilier les critères de qualité définis par l'organisation et par elles-mêmes et éviter les arbitrages difficiles lors du tour des visites, les IDE mettent en œuvre différentes stratégies qui leur permettent d'organiser individuellement et collectivement les actions de soins. Ces stratégies, qui ont été identifiées pendant les observations et confirmées pendant les entretiens.

Stratégies pour l'organisation de ses propres actions de soins : ces stratégies individuelles consistent à adapter les prescriptions au patient ; il ne s'agit ainsi plus seulement de produire la qualité en termes purement instrumentaux (faire des soins), mais de « prendre soin » du patient. Par exemple, pour l'administration de médicaments aux patients atteints de Parkinson, la stratégie consiste à distribuer tous les médicaments au début du tour de service, afin d'éviter les « blocages » des malades. Après quoi, les infirmières peuvent se concentrer sur les autres tâches de soins et disposer d'une marge de temps supplémentaire à passer auprès des patients à la fin du tour. Pour les patients atteints de troubles du comportement, il s'agira plutôt d'éviter qu'ils refusent la prescription ou qu'ils aient une crise lors de la visite (par exemple, délire de persécution ou refus du soin). Pour ce faire, elles seront plusieurs à rappeler à l'avance au patient qu'il doit avoir la visite de l'IDE, afin qu'il n'ait pas l'impression qu'on la lui impose. Dans les deux cas exposés, les stratégies mises en œuvre par les IDE leur octroient une marge d'action favorisant la préservation pour le patient et pour soi (blocages évités, régulation de la charge de travail).

Stratégies pour l'organisation collective des actions de soin : il s'agit ici d'organiser collectivement les actions de soins tout en conciliant les critères de qualité de chaque acteur. Le cas des patients atteints de handicap physique total ou placés en isolement en est un exemple quotidien. Les IDE ont l'habitude de se coordonner avec les aides-soignantes pour faire ensemble les soins de base et les soins techniques. Cette stratégie facilite la manutention lourde et apporte plus de confort au patient, qui ainsi ne sera pas mobilisé deux fois dans la même journée. Un autre exemple de stratégie consiste à se coordonner avec l'aide-soignante pour ne pas réveiller le patient atteint de trouble du comportement avant d'avoir terminé les soins prioritaires (par exemple, les traitements antiparkinsoniens). Cela permet d'éviter les interruptions lors du tour liées à la surveillance de ces patients et de disposer d'une plus grande marge de manœuvre pour passer du temps avec eux ou pour les surveiller par la suite.

DISCUSSION – CONCLUSION

Les résultats de l'étude montrent que la qualité est le fruit d'arbitrages et d'ajustements qui se construisent en contexte, et qui permettent de concilier des critères individuels, collectifs et organisationnels dans des situations des soins particulières. La possibilité de gérer les différentes contraintes et ressources au sein d'une situation de soins dépend toutefois d'un « travail d'organisation » (de Terssac, 2011) avec « soi-même » mais aussi avec les « collègues » et les « patients ». Dans le cas de la neurologie, cette construction doit permettre de

prendre en charge un type particulier de patient, présentant des symptômes qui affectent toutes les dimensions du corps (physique, mental, cognitif, etc.), ainsi qu'un polyhandicap de degré variable.

Néanmoins, les résultats montrent que la construction de la qualité ne repose pas seulement sur la dimension de performation ou d'organisation, mais aussi sur la signification. Dans notre cas, les modes opératoires et les stratégies d'adaptation des soins au patient n'obéissent pas à une interprétation isolée du milieu social et culturel dans lequel ils sont mis en œuvre. Les significations et les représentations des opérateurs sur le malade et son état déterminent le cadre d'interprétation de la tâche et la structuration de l'activité elle-même.

Ce dernier point s'avère aujourd'hui essentiel pour repenser les approches traditionnelles utilisées pour évaluer et conceptualiser la qualité des soins, qui réduisent souvent la santé aux aspects médicaux, économiques et judiciaires. Ils permettent de réfléchir à la pertinence des indicateurs quantitatifs utilisés dans les évaluations de la qualité du travail : ceux-ci s'intéressent essentiellement au nombre d'actes, et négligent les dimensions de l'organisation et de la signification sociale de l'activité. Une approche de ce type peut contribuer à la valorisation du travail des soignants et au développement d'une culture de soin dans l'hôpital.

Nature des situations	Stratégies	But
Stratégies pour l'organisation individuelle des actions de soins		
Grande quantité de traitements à administrer aux patients atteints de Parkinson	Administrer tous les traitements rapidement à ces patients au début du tour de service et passer ensuite les voir plus tranquillement	Respecter l'horaire de prescription pour éviter le blocage des patients, et dégager du temps pour les soins relationnels avec le patient.
Nombreux prélèvements internes à réaliser (patients à jeun)	Faire les prélèvements avant de commencer le tour de service, quitte à arriver plutôt pour la prise de poste	Eviter que les prélèvements n'interfèrent avec les prescriptions fixes et que le patient mange avant son bilan sanguin
Patients anxieux, ou soin potentiellement douloureux (patient atteint de troubles du comportement)	Prendre le temps d'expliquer au patient le soin au préalable et sa réalisation avec anticipation.	Prévenir le patient et éviter que celui-ci ne s'oppose au soin.
Stratégies pour l'organisation collective des actions de soins		
Patients qui ont un handicap physique total ou se trouvent en isolement	Se coordonner avec l'aide-soignante pour faire ensemble les soins de base et les soins techniques	Faciliter la manutention du patient et contribuer à son confort
Coprésence avec le médecin durant son tour de visites	Demander oralement au médecin s'il a l'intention de modifier la prescription avant que celui-ci ne la prescrive sur l'ordinateur	Anticiper les modifications de dernière minute, et donner la dose correcte au patient
Patients atteint « difficiles » (qui font des tentatives de fugue ou présentent facilement des crises)	S'accorder avec l'aide-soignante concernée pour ne pas réveiller le patient et repousser le soin à la fin du tour de service (si le patient n'a pas de prescription à un horaire précis)	Eviter les interruptions lors des soins prioritaires et le risque de fugue, disposer ainsi de plus de temps pour s'occuper des patients demandeurs
Un patient refuse le traitement à cause d'un symptôme psychiatrique, d'un délire de persécution	IDE confie le patient à son collègue pour lui donner le traitement et les soins prescrits	Réussir que le patient accepte le traitement pendant la crise, se préserver

Tableau 2 : Stratégies pour l'organisation des actions des soins techniques et des traitements (exemples)

BIBLIOGRAPHIE

Bradley D., Daroff R., Fenichel, G., Jankovic, J. (2004). Neurology in Clinical Practice, 4th edn. Oxford : Butterworth Heinemann (2004).

Cesaro, P. (2011). Maladie de Parkinson: les enjeux du traitement. La lettre du pharmacologue, 25(3), 85-88.

Cordesse, V., Jametal, T., Guy, C., Lefebvre, S., Roussel, M., Ruggeri, J., Meininger, V. (2013). Analyse du parcours de santé au cours des maladies neurologiques handicapantes et évolutives. Revue Neurologique, 169(6), 476-484.

De Terssac, G. (2011). Théorie du travail d'organisation. In Maggi, B., Interpréter l'agir : un défi théorique, pp. 97-121. Presses Universitaires de France, Paris (2011).

Falzon, P., Dicioccio, A., Mollo, V. & Nascimento, A. (2014). Dans Lhulier, D. Qualité du travail, qualité au travail. Toulouse : Octares.

Falzon, P., Nascimento, A., Gaudart, C., Piney, C., Dujarier, M. A., & Germe, J. F. Performance-based management and quality of work: an empirical assessment (2012). Work, 41(Supplement 1), 3855-3860. (2012)

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., Kerguelen.A., (2006), Comprendre le Travail pour le Transformer, La pratique de l'Ergonomie, Anact.

Lorino, P. (2017). L'activité, processus collectif de signification et d'organisation. Implications métrologiques. Dans Barbier, J.M. & Durand, M. Encyclopédie d'analyse des activités. Paris : PUF.

Morel, M. (2012). Qualité des soins. Dans Formarier, M. & Jovic, L. Les concepts en sciences infirmières (pp. 256-260). Toulouse: ARSI.

Païta M. et Weill P. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008., Points repère, n° 27. Cnamts. Paris.

Vincent, C., Amalberti, R. (2016). Safer Healthcare. 1st edn. Publisher, Springer Open (2016)