

**Institut de Formation des Cadres de Santé**

**Toulouse - Midi Pyrénées**

**Référents douleur et protocoles antalgiques du  
CLUD<sup>1</sup> : la *via dolorosa* ?**

Mémoire professionnel

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

Année 2008-2009

**Sous la direction de**

**ZIMMERMANN Jean François**

**Directeur des soins**

**BERGIA Jean Marc**

---

<sup>1</sup> Lire : Comité de lutte contre la douleur

Je tiens à remercier tout particulièrement pour leurs conseils précieux et leur incroyable capacité à faire émerger la connaissance :

- Madame Martine Carnus
- Monsieur Jean François Zimmermann

... à toutes les personnes qui ont contribué à l'éclosion de ce mémoire

Je dédie ce travail à Patricia, Coralie et Mathilde...

## Table des matières

1.	Introduction.....	5
2.	Constat.....	10
3.	Cadre contextuel.....	14
3.1	L'institution.....	14
3.2	Le cadre réglementaire.....	15
3.3	Les protocoles.....	19
3.4	La qualité.....	30
4.	Cadre conceptuel.....	36
4.1	Management par la qualité.....	36
4.2	Résistance au changement.....	40
5.	Synthèse de la première partie.....	52
6.	Méthodologie.....	53
6.1	Outils de recueil des données.....	53
6.2	Choix de l'outil.....	53
6.3	Construction de la grille d'entretien.....	54
6.4	Définition de la population et choix de l'échantillon.....	54
6.5	Déroutement des entretiens.....	55
6.6	Choix du type d'analyse.....	55
6.7	Limites.....	56
7.	Analyse.....	57
7.1	Analyse descriptive.....	57
7.2	Analyse explicative.....	90
8.	Limites de notre travail.....	108
9.	Perspectives professionnelles.....	109
10.	Conclusion.....	111
11.	Glossaire.....	112
12.	Bibliographie.....	113
13.	Annexes.....	118

*« L'avenir nous tourmente, le passé nous retient, c'est pour ça que le présent nous échappe »*

Gustave Flaubert

## 1. Introduction

La Bible, a fortement impacté notre culture occidentale gréco-judéo-chrétienne en ce qui concerne la douleur comme le mentionnent de très anciens récits transmis à travers les temps.

« [...] (et) Dieu fit tomber l'homme dans un profond sommeil. Il lui prit une côte et referma la chair à sa place. Avec cette côte le Seigneur fit une femme et la conduisit à l'homme »<sup>2</sup> . C'est ainsi que pourrait commencer l'histoire de la première anesthésie prodiguée par Dieu à Adam, le premier des hommes. « *La douleur du péché est comme une première étape nécessaire sur la voie de la pénitence et elle est pour ainsi dire au cœur des exercices de la Première semaine* »<sup>3</sup>. La civilisation cultive ainsi depuis la nuit des temps un rapport à la douleur ô combien puissant par la transmission des dogmes des Saintes Ecritures.

---

<sup>2</sup> BABUT, J.M., et al., *La Bible*, Genèse 2, verset 21, Alliance biblique universelle, Villiers le Bel, 1991, p. 6.

<sup>3</sup> REY, R., *Histoire de la douleur*, La Découverte, Paris, 2000, p. 66.

Le passage à l'antiquité plaça la conception de douleur dans le champ des représentations. Chrysippe<sup>4</sup>, philosophe moniste, soutient que le corps et l'esprit sont indissociables, semblables à un recto-verso. Cicéron, dualiste convaincu, en pratique une lecture diamétralement opposée en dissociant jugement et corps, introduisant les concepts de temporalité, de causalité, de responsabilité et de conflit...

Au début du XVIIIème siècle c'est au travers de l'art que nous pouvons évoquer la représentation de la douleur. Les thèmes comme les *Mater dolorosa* et les *Piéta* inspirent largement peintres et sculpteurs qui vont les représenter comme prenant en « *charge toutes les souffrances du monde et les adoucir par leur compassion* »<sup>5</sup>. Peu à peu les choses vont changer pour tenter de s'affranchir de la connotation religieuse du péché originel et de la notion de rédemption afin de conduire l'homme vers une expérience plus individuelle de la douleur.

Au XVIIIème siècle, sur le champ de bataille, le baron Larrey, chirurgien de Napoléon, joue un rôle majeur dans la mise en œuvre des pratiques chirurgicales de l'amputation. Il développe la capacité d'amputer rapidement les soldats afin de leur éviter de longues et interminables douleurs dues à des blessures profondes trop souvent sources de gangrène. Ces diverses campagnes l'amèneront d'ailleurs à se rapprocher d'Emile de Gérardin qui présenta sans succès, en 1828, les premières tentatives d'anesthésie devant l'académie de médecine.

---

<sup>4</sup> GUTMANN, A., « Les stratégies fondatrices de la psychiatrie », [www.psychiatrie-française.com](http://www.psychiatrie-française.com)

<sup>5</sup> REY, R., *op.cit.*, p. 64.

En 1839, Velpeau prononce cette trop célèbre phrase « *Eviter les douleurs dans une opération est une chimère qu'il n'est pas possible de poursuivre aujourd'hui* »<sup>6</sup>. Pourtant, le 1<sup>er</sup> février 1847, alors que Delabarre décrit la méthode d'éthérisation par le chloroforme et l'éther, Velpeau pratique sa première opération sur un malade endormi. La science et les mentalités évoluent, laissant toujours plus de place à la nécessité de prendre en charge la douleur qui a été définitivement assise par René Leriche, chirurgien de la douleur. Celui-ci fut un précurseur en son temps et cela lui vaudra l'image de « *prophète d'une nouvelle ère, parce qu'il a fondé son action sur le refus d'accepter la douleur comme un mal nécessaire* »<sup>7</sup>.

Ainsi de la nuit des temps à l'époque contemporaine, la notion de douleur et sa prise en charge n'ont eu de cesse d'évoluer pour atteindre un niveau de conscientisation suffisant à l'élaboration de mesures chirurgicale et thérapeutique devenant consensuelles. La douleur devient un champ très spécialisé où « *le changement est venu d'une approche pragmatique [...] (et) pluridisciplinaire [...]* »<sup>8</sup>.

Un discours commun s'est ainsi instauré autour de points de convergences sur la douleur concernant :

- La physiopathologie
- Un langage partagé
- Une représentation de l'expression spécifique de la douleur
- Des stratégies thérapeutiques individualisées

---

<sup>6</sup> FAURE, J.L., « Les grands évènements médicaux : l'anesthésie », Anniversaires, Paris, 1936, n° 2, p. 2.

<sup>7</sup> *Ibid*, p. 387.

<sup>8</sup> *Ibid*, p. 388.

Dans cette démarche nous reconnaissons une pratique existante encore de nos jours ayant permis de développer des outils à l'aide desquels la douleur peut être prise en charge : les protocoles.

Dans le cadre de nos activités hospitalières, nous avons pu remarquer combien il était parfois difficile de définir unanimement une stratégie de prise en charge de la douleur au sein des équipes paramédicales. Les référents douleur, membres du CLUD, possèdent les connaissances et les compétences suffisantes pour apporter un regard spécialisé mais les autres soignants, où en sont ils ? Les outils permettant d'évaluer ou de mettre à disposition des moyens comme les protocoles d'antalgie autorisant une gestion autonome de la douleur par les soignants, sont ils utilisés ou pas ? Par qui ? Dans quels secteurs d'activités ? Dans quelles conditions ? Dans quelle mesure ? Quand sont ils utilisés ? Pourquoi sont ils utilisés ?

Telle a été la source de notre questionnement qui a suscité le développement de ce travail de fin d'études à l'institut des cadres de santé.

Pour ce faire nous nous sommes appuyés sur des éléments de recherche bibliographique, sur des travaux déjà effectués par le passé et aussi notre propre expérience afin d'asseoir notre travail. Le mémoire de Christine Zboralski « Les protocoles de soins sont-ils réellement des outils de qualité ? Etude comparative des représentations professionnelles » (2007) apporte une approche par les concepts de représentations mentales, sociales et professionnelles. Cela lui avait permis de mettre en évidence que les représentations des protocoles de soins sont divergentes entre les groupes et qu'ils ne sont pas considérés comme éléments de la qualité par eux.



En termes d'études scientifiques, les données de la littérature sont relativement pauvres et ne concernent particulièrement que la pratique clinique comme celle menée par PECHEREAU en 2000 et qui souligna « *l'efficacité du protocole antalgique utilisé et la nécessité d'une prise en charge particulière de la douleur chez les jeunes enfants.* »<sup>9</sup>.

Ainsi nous a-t-il semblé pertinent de mener cette recherche au regard de l'état des connaissances et surtout de la nécessité d'enrichir la pratique quotidienne des soignants par une démarche de recherche constructive.

Dans la première partie de notre travail, nous nous attacherons à développer la recherche documentaire avec la présentation du constat, du contexte et de l'élaboration d'une approche non exhaustive des concepts retenus au regard de la question de terrain initialement posée.

La seconde partie nous permettra, au regard de la formulation d'une question de recherche élaborée grâce aux éléments de la première partie, de procéder à l'analyse et à la présentation de résultats. Ces éléments ont ainsi pu être apportés grâce à la conduite d'entretiens menés auprès de cadres de santé et d'infirmières. Cette démarche inductive, donc dans une approche subjectiviste, nous permettra, au-delà des limites de ce travail, de proposer des éléments de réflexion sur des perspectives professionnelles au regard de notre future fonction de cadre de santé.

---

<sup>9</sup> PECHEREAU, A., « A propos d'un protocole antalgique dans la chirurgie des strabismes », Journal français d'orthoptique, 2000, vol. 32, p. 125-130.

## 2. Constat

La prise en charge de la douleur n'a cessé d'évoluer ces dernières années tant sur le plan opérationnel, avec la diminution observable des niveaux de douleur, que dans la modification de la représentation judéo chrétienne de celle-ci. Le seuil de tolérance à la douleur s'est abaissé depuis les deux dernières décennies, les patients conçoivent la notion de douleur mais ne l'amalgament plus aussi systématiquement qu'autrefois à la notion de rédemption. Cette représentation de purification décroît de façon notoire comme le montre les accouchements pratiqués couramment sous péridurale en France, alors que pendant des siècles la femme devait enfanter dans la douleur<sup>10</sup> comme il était dit dans la Bible.

De plus, lors de la mise en place du plan Kouchner en 1998<sup>11</sup>, l'abandon des ordonnances infalsifiables universelles, censées faciliter la prescription de morphine va «(...) ralentir l'abandon des préjugés sur la morphine, dont certains médecins croient encore qu'elle provoque systématiquement une toxicomanie, même dans un usage médical » comme s'insurgeait en 2000 le Dr François Cesslin, Président du Collège des médecins de la douleur. Les plans Kouchner de 1998 et 2002 vont cependant contribuer à mettre en place des mesures concrètes allant de l'évaluation à la formation médicale (module douleur et soins palliatifs dorénavant inscrit dans le deuxième cycle des études médicales), et paramédicale, en passant par des recommandations de bonnes pratiques énoncées par l'ANAES<sup>12</sup> ou la création d'unités de prise en charge de la douleur. Un électrochoc gouvernemental avec un objectif affiché de zéro douleur en 1998 qui, depuis une vingtaine d'années,

---

<sup>10</sup> SEGOND., L, (sous la direction de), *Bible*, Genèse 3, verset 16, Revue avec références, p. 11.

<sup>11</sup> Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 septembre 1998

<sup>12</sup> Lire : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

remodèle la pratique hospitalière au travers de ces différents plans de lutte contre la douleur.

Cette démarche permet d'ailleurs d'engager le CHU<sup>13</sup> de Toulouse dans cette voie avec la création d'un Comité de LUtte contre la Douleur (CLUD) en mars 2003 conformément à l'article L.1112-4 du Code de santé publique qui stipule qu'« il appartient à chaque établissement de santé de promouvoir et de mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de leur douleur ».

Dès lors des groupes de travail ont vu le jour à ce moment là, dont un axé particulièrement sur un versant qualité, avec une aide à la prise en charge opérationnelle de la douleur sur le terrain, le groupe protocoles. Il est chargé de recueillir, puis de mettre en forme les protocoles des unités engagées dans la démarche avec une commission d'experts pluridisciplinaires et professionnels de terrain, afin de rendre à ces travaux une validité juridique, scientifique et opérationnelle répondant à des normes de qualité. Une réflexion de plus de 3 ans avec une revue exhaustive de la littérature et une confrontation d'experts du domaine juridique a permis de déterminer avec exactitude la démarche légale d'utilisation des protocoles par les professionnels de la santé. De plus nous avons produit en parallèle une trentaine de ceux-ci largement diffusés *via* les référents douleur, les cadres de santé, les médecins, les instances institutionnelles et mis en partage sécurisé sur Internet.

Notre implication de longue date dans la prise en charge de la douleur, l'intégration dans le premier bureau du CLUD du CHU de Toulouse et (comme référent douleur titulaire de formations spécifiques et du diplôme universitaire de prise en charge de la douleur chez l'adulte) la nomination à la co Présidence nous

---

<sup>13</sup> Lire : Centre Hospitalier Universitaire

ont permis de développer une vision plus globale de la prise en charge de la douleur.

Concrètement, après avoir accompagné et assisté les référents douleur dans leurs réunions trimestrielles consacrées à la diffusion d'informations du CLUD, il est un point particulièrement récurrent, toujours d'actualité, qui est celui de la compréhension de l'applicabilité des protocoles devant être sans cesse reprécisée car enclin à une multitude de questionnements de la part des professionnels.

Premier constat observable par l'expérience, il existe des failles dans l'utilisation, la diffusion, la communication ou l'applicabilité des protocoles antalgiques du CLUD. Cela est en effet mis en évidence dans certaines unités de soins quelles que soient les spécialités ou la localisation géographique.

Ceci se traduit par une absence de :

- validation formelle des médecins *in situ*,
- diffusion aux nouveaux arrivants des protocoles du service de soins dans lesquels ils sont affectés,
- accompagnement de la mise en place de nouveaux protocoles dans les services par les référents ou l'encadrement infirmier.

Deuxième constat, l'équipe mobile douleur aiguë nouvellement créée met en évidence les mêmes interrogations des soignants lorsqu'elle se rend dans les unités de soins. En effet, les nombreuses questions des soignants et des cadres de santé concernant les conditions d'applicabilité et de validité permettent de faire cette observation.

Troisième constat, lors d'une démarche d'évaluation de la qualité, il a été lancé un audit concernant la connaissance du CLUD laissant apparaître une faible utilisation

des protocoles du CLUD au profit de ceux des unités. Ainsi l'audit n° 105<sup>14</sup> à l'initiative de la cellule qualité du CHU de Toulouse relève que sur 14 unités, 57% (8/14) ont au moins un protocole CLUD dans ce recueil et 78% (11/14) ont au moins un protocole non CLUD. De même 10 personnes sur les 35 rencontrées déclarent utiliser des protocoles CLUD. Le responsable de l'audit relève parallèlement que « *très peu de protocoles étaient tracés et utilisés (morphine et MEOPA essentiellement). Par contre beaucoup de prescriptions ponctuelles.* ». De même cet état de fait a été reconfirmé par l'évaluation des pratiques soignantes de janvier/février 2009<sup>15</sup> du CHU de Toulouse indiquant qu'une stabilisation dans la traçabilité des protocoles s'opère malgré une augmentation de l'utilisation des protocoles.

A la vue de telles pratiques sur le terrain, au CHU de Toulouse, il nous a paru pertinent de nous intéresser à ce sujet, en particulier compte tenu de l'importance tant au plan de la qualité que de la pratique des soins et du management, s'inscrivant ici dans un cadre réglementaire particulièrement bien défini.

---

<sup>14</sup> cf. annexe 1.

<sup>15</sup> cf. annexe 2

### 3. Cadre contextuel

Suite au constat précédemment effectué nous posons la question de terrain suivante :

**« Les protocoles antalgiques du CLUD : qu'en est-il de leur application sur le terrain ? »**

Un certain nombre de points restent à définir pour permettre de mieux asseoir ce travail de recherche et parvenir à une compréhension plus affinée des divers mots clefs et concepts présupposés ou définis dans la question.

#### 3.1 L'institution

Ce travail de recherche a été effectué au sein d'une « *institution* »<sup>16</sup> publique dont fait partie le CLUD, le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, pour une raison d'accessibilité à des données sur le sujet et la connaissance de celui-ci, notamment en ce qui concerne l'accompagnement de la prise en charge de la douleur. Quatrième établissement hospitalier universitaire de France au regard de son activité, il est engagé dans une démarche transversale formalisée de prise en charge de la douleur depuis 2003, date à laquelle a été mis en place le Comité de lutte contre la douleur, devenu en 2007 sous commission de la CME<sup>17</sup>, chargée de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

Antérieurement, il existait bien entendu une prise en charge de la douleur dans toutes les unités de soins, à des degrés divers de formalisation et plus ou moins évolués. Les anesthésistes étaient en première ligne concernant la prise en charge de

---

<sup>16</sup> Dictionnaire le nouveau Petit Robert de la langue française, Paris, Le Robert, 2008, p. 1345.

<sup>17</sup> Lire : Commission Médicale d'Établissement

celle-ci, suivis par les oncologues et les pédiatres comme le montre, par exemple, la constitution en 2000 du réseau « *Enfant Do* », à l'Hôpital des Enfants.

Diverses initiatives peuvent être immémorialement relevées de façon non exhaustive depuis la création du CHU, tout en sachant que les progrès concernant la réalité de prise en charge ne soient que très récents au vue des pas de géants effectués dans ce domaine. Actuellement un engagement fort est donné à cette dynamique du fait *a priori* d'impulsions gouvernementales, institutionnelles et de la tutelle par le biais notamment de l'accréditation, devenue certification, et à laquelle le CHU de Toulouse s'est prêté au mois de mars 2009.

### 3.2 Le cadre réglementaire

Du point de vue du cadre législatif, il existe différents niveaux sur lesquels va s'appuyer le cadre réglementaire de la prise en charge de la douleur en France avec des décrets, des circulaires, des plans, des recommandations qui vont rapidement se mettre en place dès la moitié des années 1990.

La prise en charge de la douleur fait règlementairement son apparition dans les textes en France pour la première fois en 1995 avec :

- L'« inscription réglementaire de l'organisation de la prise en charge de la douleur dans les projets des établissements de santé et des établissements médico-sociaux », (loi n° 95-116 du 14 février 95)<sup>18</sup>.
- En 1995, la charte du patient hospitalisé est éditée et stipule que «*tout établissement doit se doter des moyens propres à prendre en charge la*

---

<sup>18</sup>Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur : [www.sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org)

*douleur des patients qu'il accueille et intégrer ces moyens dans son projet d'établissement », de même « ...qu'au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants » en application de la loi n° 95-116 du 4 février 1995. (DGS/DH 95/22, 6 mai 95)<sup>19</sup>.*

- En 1995, l'obligation est donnée aux médecins de soulager les souffrances en toutes circonstances et d'accompagner les mourants selon les articles 37 et 38 du décret n° 96 – 1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale.
  
- En 1998, le secrétaire d'Etat à la santé, Monsieur Bernard Kouchner, lance le premier plan triennal sur la prise en charge de la douleur comportant 3 axes forts :
  - o *« le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins,*
  - o *le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur,*
  - o *la prise en compte de la demande du patient et l'information du public »<sup>20</sup>.*
  
- En 2002, un nouveau plan voit le jour et stipule que « Ce programme quadriennal (2002-2005) poursuit les axes d'amélioration du plan précédent notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique rebelle.

---

<sup>19</sup> Légifrance : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>20</sup> Centre National de Ressources contre la douleur : [www.cnrd.fr](http://www.cnrd.fr) ; Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 24 sept. 1998. Mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.



### Il comporte par ailleurs trois nouvelles priorités :

- la douleur provoquée par les soins et la chirurgie ;
- la douleur de l'enfant ;
- la prise en charge de la migraine.

### Ces priorités s'articulent autour de cinq objectifs :

- associer les usagers par une meilleure information ;
  - améliorer l'accès de la personne souffrant de douleurs chroniques à des structures spécialisées
  - améliorer l'information et la formation des personnels de santé ;
  - amener tous les établissements de santé à s'engager dans un programme de prise en charge de la douleur
  - renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée »<sup>21</sup>.
- Parallèlement un guide d'orientation<sup>22</sup> du programme de prise en charge de la douleur dans les établissements de santé est instauré pour accompagner la mise en œuvre de celui-ci avec des mesures qualité fortes pour la première fois. De même il est spécifié la même année que « (...) *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée...* »<sup>23</sup>
- En juillet 2004, le code de la santé publique s'enrichit de l'article R4311-2-5 décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : annexe qui stipule que l'infirmier **doit** « (...) *participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des*

---

<sup>21</sup> Circulaire DHOS/E2 n° 2002-266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

<sup>22</sup> Guide d'orientation Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé, 2002.

<sup>23</sup> BOCCARD et al ., *Pratique du traitement de la douleur*, Poitiers, Aubin Imprimeur, 2007, p. 186.

*personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage »<sup>24</sup>*

- En 2004 toujours, pour la première fois « *dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière doit désormais évaluer la douleur sans prescription médicale* »<sup>25</sup>. De plus un élément très important fait son apparition concernant l'autonomisation des infirmiers face à la prise en charge de la douleur afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patient ; « ***L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter des traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers*** »<sup>26</sup>.
  
- En 2005, la prise en charge de la douleur répond aux exigences du plan de lutte contre la douleur 2006-2010 du 26 octobre 2005 composé de 4 axes :
  - « **Améliorer la prise en charge de la douleur** des populations les plus vulnérables
  
  - Renforcer **la formation** pratique initiale et continue des professionnels de santé
  
  - **Améliorer** les traitements médicamenteux et les méthodes non pharmacologiques dans des conditions de sécurité et de **qualité**
  
  - **Structurer** la filière de soins »<sup>27</sup>

Ce plan fait suite à deux plans successifs du même type dont celui de 2002-2005 du 17 décembre 2001 qui avait pour 1<sup>ère</sup> priorité et 5<sup>ème</sup> objectif

---

<sup>24</sup> *Ibid*, p. 185.

<sup>25</sup> *Ibid*.

<sup>26</sup> *Ibid*.

<sup>27</sup> Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur : <http://www.sfetd-douleur.org>

de « *renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée* »<sup>28</sup>.

Au travers d'un arsenal législatif au départ très engagé fin des années 1990, il est une réalité toute autre qui a du mal à mettre en place les injonctions du premier plan très ambitieux visant le zéro douleur. Les différents plans successifs seront plus en adéquation avec le terrain et les ambitions initiales incontournables qui ont permis d'impulser une véritable « *dynamique douleur* » au sein des établissements hospitaliers publics et privés et qui a favorisé une modification de comportement des professionnels de santé face à la prise en charge de la douleur et des attentes nouvelles de la part des patients. Une telle approche ne peut actuellement plus se concevoir sans une démarche tournée vers la qualité et avec des outils comme, par exemple, les protocoles destinés à l'amélioration des pratiques professionnelles.

### 3.3 Les protocoles

#### 3.3.1 Définitions

Le mot protocole vient du latin *protocollum* « protocole de notaire public »<sup>29</sup> et du grec *proto* « premier » ainsi que de *kollaô* « coller » qui désignait la première page collée d'un acte officiel dans l'Antiquité. Au fil du temps le mot protocole s'est vu attribué pour diverses tâches.

---

<sup>28</sup> *Ibid.*

<sup>29</sup> Le trésor informatisé de la langue française : <http://atilf.atilf.fr>

« Recueil contenant les formules à employer dans la rédaction d'actes publics par les officiers ministériels. *Le protocole des notaires, des avoués, des huissiers* »<sup>30</sup>.

« Ensemble des règles et des usages à observer dans les relations internationales entre chefs d'état ou leurs représentants, dans les cérémonies et dans les relations officielles. *Protocole diplomatique; respecter le protocole* ». <sup>31</sup>

Puis il a été intégré au domaine médical avec l'ensemble des descriptions que nous connaissons actuellement, qu'il s'agisse de techniques médicales ou paramédicales comme nous pouvons le voir ci-après.

« Description précise des conditions et du déroulement d'une expérience, d'un test. (...). Descriptif écrit des étapes d'une intervention chirurgicale »<sup>32</sup>.

« Le protocole de soins infirmiers est le descriptif des techniques à appliquer ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration de soins. Le protocole est un guide d'application des procédures de soins, centré sur une cible (groupe, communauté, population), présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise »<sup>33</sup>.

De plus la notion de qualité intègre la définition que nous fournit le dictionnaire des soins infirmiers concernant le protocole qui, au-delà d'un supposé processus qualité, vient définir celui-ci comme faisant partie intégrante d'une démarche qualité.

« Description des techniques et procédures qu'il est convenu d'appliquer dans certaines situations de soins. Elle guide l'exécution des prestations et

---

<sup>30</sup> *Ibid*

<sup>31</sup> *Ibid*

<sup>32</sup> Dictionnaire, Le nouveau petit Robert 2009 de la langue française, Le Robert, Paris, 2008, p. 2056.

<sup>33</sup> *Guide du service infirmier*, Direction des hôpitaux, ministère de la santé, 1992

contribue à leur qualité»<sup>34</sup>. C'est ainsi qu'en 2000, la notion de procédure dans le système qualité fit son apparition dans le processus de normalisation au sein de la norme ISO<sup>35</sup> 9000 de l'AFNOR<sup>36</sup>.

### 3.3.2 Le protocole dans le domaine des soins :

#### Au niveau des soins infirmiers :

Il est entendu que les protocoles de soins ne sont pas apparus dans les années 2000 avec l'arsenal législatif qui les a accompagné mais depuis déjà de nombreuses années dans le champ des soins infirmiers. Cela fait malheureusement suite à un constat qui faisait état de « la difficulté à obtenir des prescriptions médicales en conformité avec les textes réglementaires qui relève souvent d'un parcours du combattant. Pour faciliter la tâche des infirmières, des outils existent aujourd'hui dans les services : les protocoles de soins infirmiers »<sup>37</sup>. Actuellement, la pratique infirmière peut s'appuyer sur des protocoles de soins infirmiers conformément à des textes qui lui donnent légitimité, valeur qualitative, sécuritaire et précision opérationnelle.

Le guide du service de soins infirmiers mentionne d'ailleurs que le protocole de soins infirmiers est « une norme de qualité pour la pratique des soins infirmiers (...). L'infirmière se réfère à des protocoles de soins infirmiers actualisés, validés par des experts et approuvés par la Direction des soins de l'établissement »<sup>38</sup>. Dans le cadre de son décret de compétence, l'infirmière peut « (...) élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante,

---

<sup>34</sup> Dictionnaire des soins infirmiers, AMIEC, Saint Just la Pendue, 1995, p. 161.

<sup>35</sup> Lire : Organisation internationale de normalisation

<sup>36</sup> Lire : Association française de normalisation

<sup>37</sup> AUBLE, C., « L'infirmière et les prescriptions médicales », La revue de l'infirmière, Elsevier Masson, juillet/août 2008, n° 142, p. 30.

<sup>38</sup> *Guide du service de soins infirmiers*, 2ème édition, septembre 2001.

des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative (...) »<sup>39</sup> afin de les inscrire dans un projet de soins s'insérant dans un projet de service local ou transversal à plusieurs disciplines s'intégrant lui aussi dans le projet d'établissement.

Parallèlement il existe aussi un domaine fortement lié à la pratique médicale où le protocole prend toute sa place au niveau de la prescription médicale.

#### Au niveau de la prescription médicale :

Le protocole peut sous certaines conditions servir de prescription médicale anticipée à laquelle l'infirmière pourra se référer dans sa pratique quotidienne en ce qui concerne plus particulièrement la prise en charge de la douleur. En effet en 2002, une initiative encadrée mais révolutionnaire fait son apparition dans les pratiques de l'infirmier par l'initiative laissée à celui-ci dans le domaine de la prise en charge de la douleur avec notamment la possibilité d'entreprendre et d'adapter des traitement antalgiques sur protocoles comme le mentionne le texte suivant : « (...) L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers (...) »<sup>40</sup>.

#### Au niveau de l'urgence :

Le protocole permet la mise en place de manœuvres d'urgence par l'infirmière en l'absence d'un médecin comme le stipule le texte « En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes

---

<sup>39</sup> Code de santé publique, article R4311-3

<sup>40</sup> Code de la santé publique, article R. 4311-8.

doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état »<sup>41</sup>. L'infirmière est donc ici investie d'un pouvoir considérable, encadré pour maîtriser le plus de contingences possibles dans une situation vitale pour le patient et exceptionnelle. Elle n'est donc plus simple exécutante de la prescription médicale mais devient investie de la possibilité d'analyser une situation et d'y répondre par des moyens adaptés ne relevant pas initialement de son domaine de pratique (médicale).

Ce que n'est pas un protocole :

- Une fiche technique qui constitue une « (...) description méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour la réalisation d'une tâche, d'un acte de soins. Elle doit être validée, remise à jour périodiquement et lors de chaque évolution technique, scientifique, législative »<sup>42</sup>. Celle-ci « (...) est plus restrictive qu'un protocole mais peut en faire partie pour détailler une tâche précise »<sup>43</sup>.
- Un logigramme intégré dans une procédure ou un protocole et qui se définit comme « une représentation schématique et graphique permettant de montrer l'ensemble des actions à réaliser avec les responsabilités et les moyens correspondants ».<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> *Ibid*, article R. 4311-14.

<sup>42</sup> *Ibid*, Guide du service infirmier.

<sup>43</sup> BONNERY, A-M et al., *Protocoles de soins : méthodes et stratégies*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson, 2003, p. 14.

<sup>44</sup> *Ibid*, p. 17.

- Un mode opératoire décrit par l'ordre des infirmières du Québec comme étant un procédé de soins et défini comme suit, « le procédé de soins est une description des différentes méthodes et limites, qui doivent être observées par quiconque lorsqu'un acte est posé. Un procédé de soins doit être formulé par écrit pour chacun des actes désignés. Il contient les différentes actions nécessaires à l'exécution de l'acte autorisé, les conditions, ainsi que les limites devant être respectées. Au total, il présente les règles liées à l'accomplissement de chacun des actes désignés par l'établissement afin d'assurer la qualité, la continuité et la sécurité de leur exécution ». <sup>45</sup>
  
- Un plan de soins guide qui est défini comme « un plan préétabli pour un groupe de patients dont les problèmes sont prévisibles en vertu du diagnostic médical ou d'une situation physique identique » <sup>46</sup>. « Il est constitué à partir des actes du rôle propre et du rôle en collaboration, déterminés à partir d'un diagnostic infirmier. (...) Il doit être juxtaposable au plan de soins individuel ». <sup>47</sup>
  
- Une *check-list* ou liste de contrôle qui est « une liste d'opérations successives destinée à vérifier sans omission le bon fonctionnement de tous les équipements vitaux d'un avion, d'un engin avant son départ ». <sup>48</sup> Cette dénomination est donc passée du domaine de l'aéronautique à l'industrie pour accéder au secteur hospitalier où la technologie est de plus en plus prégnante, où les normes de sécurité sont d'un même niveau et à observer impérativement (obligation de moyens).

---

<sup>45</sup> *Ibid*, p. 19-20.

<sup>46</sup> CHAMPION-DAVILLER, M-N., BOURGEOIS, F., LAPORTE, M., *Le dossier de soins : réalités et perspectives*, Paris, Lamarre, 1991, p. 158.

<sup>47</sup> BONNERY, A-M et al., *op.cit*, p. 20.

<sup>48</sup> Dictionnaire, *Petit Robert de la langue française*, Le Robert, 1984, p. 297



- Une recommandation de pratiques cliniques ou *guidelines* en ce sens qu'elles sont des « propositions développées méthodiquement pour aider un praticien et le malade dans leur décision concernant le caractère approprié des soins dans des circonstances données ». <sup>49</sup> « (...) Le protocole de soins est une adaptation des *guidelines* (...). Les recommandations sont des éléments de référence pour la réalisation des protocoles de soins ». <sup>50</sup>
- De même, le protocole de soins n'est pas un protocole d'évaluation, éducatif, de recherche ou un référentiel qualité à lui seul.
- La conférence de consensus constitue une méthode d'élaboration de recommandations. Elles ne se suffisent pas car sont élaborées par un comité indépendant de non-experts afin d'amener des éléments de réponses à une ou des questions d'experts. Elles aboutissent à une synthèse de données avec prise de position en fonctions des avis émis.

Après cette revue tendant à être exhaustive de ce qui n'est pas un protocole mais qui peut contribuer à son élaboration, nous allons maintenant nous attacher plus particulièrement à sa conception.

### 3.3.3 Naissance et vie d'un protocole

La naissance d'un protocole est une longue période durant laquelle les concepteurs vont devoir faire un certain nombre de choix. Ces choix vont porter sur le thème du protocole à élaborer, le problème à traiter et quels seront les impacts que celui-ci aura sur la qualité des soins, s'il correspondra à une préoccupation dans la pratique des soignants. Le choix devra se porter sur une situation dont la fréquence mérite une lourde gestion administrative basée sur la

---

<sup>49</sup> DURIEU and al., *L'évaluation médicale, du concept à la pratique*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 1994, p. 161.

<sup>50</sup> BONNERY, A-M et al., *op.cit*, p. 22.

mise en place d'une réflexion collective pluridisciplinaire devant aboutir *in fine* à un protocole opérationnel et utilisable par le plus grand nombre.

Pour éviter des pertes de temps inutiles, il est un moyen de procéder qui consiste à mettre en place la méthode FGP : Fréquence – Gravité – Problème (utilisée aussi en prévention et gestion des risques) de Jean François D'Ivernois utilisée initialement pour évaluer les besoins en formation pour la formation médicale (1978). « A partir d'une liste de problèmes identifiés et caractérisés, il s'agit de quantifier leur fréquence, leur gravité ainsi que leurs causes. L'utilisation de cette méthode adaptée aux soins permet d'évaluer rapidement les conséquences des problèmes de santé et de les corrélés aux causes, que celles-ci soient liées aux ressources humaines, matérielles ou au savoir faire »<sup>51</sup>.

Il est également possible d'utiliser une méthode basée sur l'analyse des risques ou l'analyse des modes de défaillances et leurs effets. La recherche des défaillances possibles se fera à l'aide d'un *brainstorming* pour chaque étape du soin devant faire l'objet d'un protocole. D'après Garnech<sup>52</sup> on évalue la gravité et la fréquence sur une échelle de 1 à 10, l'importance de la défaillance étant le produit de la gravité par la fréquence.

Il existe aussi l'observation empirique par une équipe experte en la matière dont l'objectif peut être de répondre à une exigence réglementaire de mise en forme d'une démarche. La subjectivité cependant peut facilement prendre le pas sur une intention positive à l'origine et conduisant à une incroyable discorde entre les acteurs en exposant à l'échec le projet d'où l'intérêt d'une réflexion poussée en amont de la démarche.

---

<sup>51</sup> *Ibid*, p. 61-62.

<sup>52</sup> *Ibid*, p. 63.

La phase de gestation d'un protocole nécessite une organisation minimale rigoureuse avec des moyens humains, matériels et organisationnels répondant à la demande faite en amont.

Les moyens humains doivent être composés :

- D'un chef de projet au fait de la démarche d'élaboration d'un protocole en fonction des différents critères et obligations auquel il est soumis. Il fixe les objectifs à atteindre, coordonne et organise le ou les groupes de travail. Il a une légitimité au sein du groupe en étant missionné dans le cadre de l'institution hospitalière à laquelle nous nous intéressons ici par la direction des soins ou par un comité sous la direction d'une commission médicale.
- D'un groupe de travail constitué d'une douzaine de personnes au maximum, sur la base du volontariat et choisies en fonction de leur compétence. Au sein de ce groupe il devra y avoir des experts (médecins ou paramédicaux de la spécialité, statisticiens, pharmaciens, juriste, qualité...) dans le domaine concerné associés à des personnels du terrain avec si possible une ouverture à un membre des écoles de formations.
- Les réunions de travail doivent être rigoureusement bien préparées avec :
  - Un référent du groupe qui sera le rapporteur.
  - Chaque réunion aura :
    - Une planification avec un planning régulier donné à l'avance et une convocation sera adressée par courrier électronique ou papier à tous les membres du groupe.
    - un ordre du jour réaliste
    - 1 animateur et 1 secrétaire

- en début de séance une approbation du compte rendu précédent.
  - Une validation au fur et à mesure des avancées du projet
  - Un compte rendu archivé avec, annexés, les travaux en cours disponibles pour tous.
  - L'assurance de pouvoir valoriser le travail effectué *in fine*.
- 
- Les ressources matérielles
    - Une salle réservée à l'avance
    - Du matériel informatique avec connexion *web* si possible
    - L'accès à des bases de données et ressources documentaires.

Le thème doit ensuite être rigoureusement investigué par le groupe à l'aide par exemple d'outils (trente ont été recensés par Chauvel en 1992)<sup>53</sup> de résolution de problèmes comme le QQQQCP (qui, quoi, où, quand, comment, pourquoi) et le *brainstorming* pour l'exploration du thème. Plus précisément, nous pouvons utiliser pour le classement des idées le diagramme causes/effets d'Ishikawa et/ou l'arbre des causes.

La population cible doit être pertinente pour l'élaboration du protocole.

L'état des lieux permet de faire une revue exhaustive de la littérature et des connaissances concernant la situation dans laquelle va s'inscrire le protocole de soins. Il pourra ainsi y avoir une enquête possible sur les pratiques notamment en matière de prévalence ou d'incidence, un audit clinique, une enquête documentaire, un sondage d'opinion et une synthèse des données collectées. L'analyse des écarts

---

<sup>53</sup> CHAUVEL, A.M., *Résoudre un problème*, Dunod, Paris, p. 241.

entre le recommandé et l'effectué permettra d'orienter le champ dans lequel devra s'inscrire ce protocole.

Les objectifs issus de l'analyse précédente devront être déclinés en objectifs globaux, parfois intermédiaires et opérationnels. Dès lors le cap est donné pour la rédaction du protocole de soins.

La rédaction doit tenir compte de deux exigences, l'une sur le fond qui doit être pertinent et d'un haut niveau de qualité scientifique, et l'autre sur la forme qui doit être précise, efficace, lisible avec une conformité au standard de rédaction en termes de qualité et de validité juridique.

Le protocole ainsi finalisé doit être soumis à un comité de validation dont les acteurs ne font pas partie du comité de rédaction afin d'avoir une vue la plus objective possible. Tout le protocole est ainsi décortiqué, vérifié dans les moindres détails (références bibliographiques, recommandations scientifiques, pertinence, éthique, construction...). Des méthodes comme celle de Delphi<sup>54</sup> ou la technique du groupe nominal peuvent aider à la vérification du protocole par le groupe expert. L'« *accouchement* » du protocole peut ensuite avoir lieu avec soumission de celui-ci à la validation institutionnelle (comité, direction des soins, direction de la qualité) après passage (recommandé) ou non par une phase délicate sur le terrain qu'est l'expérimentation.

Dès lors arrive la toute aussi délicate phase de diffusion relativement facile mais qui est rendue malaisée par l'acceptation de cette nouveauté fut-elle un atout pour les équipes, la stratégie à adopter est capitale et complexe comme le définit le dictionnaire Robert en ces termes « Art de faire évoluer une armée sur un théâtre d'opérations jusqu'au moment où elle entre en contact avec l'ennemi »<sup>55</sup>. La phase d'accompagnement de la diffusion est ainsi capitale pour sa réussite et pour permettre de limiter les freins à son acceptation. Dans tous les cas, « la stratégie

---

<sup>54</sup> LINSTONE, H.A., TUROFF, M., HELMER, O., *The Delphi method : techniques and applications*, Addison-Wesley, London, 1975, 620 pages.

<sup>55</sup> Dictionnaire Petit Robert, Dictionnaire de la langue française, Le Robert, Paris, 1984, p. 1867.

d'implantation est spécifique au contexte dans lequel elle s'inscrit. Elle est élaborée en tenant compte de la situation générale, des moyens, du thème, des raisons qui ont motivé l'élaboration du document de référence. (...) Il est préférable de respecter (des principes de base) pour que la mise en place du document se déroule dans de bonnes conditions :

- Définir les objectifs poursuivis pour réussir cette implantation ;
- Déterminer les responsabilités de chacun, définir et programmer un plan d'action.
- Les moyens humains, matériels et financiers seront différents selon l'envergure du projet. »<sup>56</sup>

Au-delà de cette mise en place doit se faire une démarche gestion documentaire associée à une réactualisation régulière préconisée par la HAS<sup>57</sup> tous les 4 ans<sup>58</sup> dans le cadre d'une démarche qualité avec réévaluation régulière également de ces protocoles.

### 3.4 La qualité

La qualité n'existe pas en tant qu'entité *a priori*, elle ne s'exprime qu'au travers de manifestations dites de bonne ou de mauvaise qualité, pour cela il est intéressant de faire une revue des définitions qui tentent de définir ce qu'elle est ou plutôt représente.

#### 3.4.1 Définitions

D'après le dictionnaire Robert, la qualité est « ce qui fait qu'une chose est plus ou moins recommandable ; degré plus ou moins élevé d'une échelle de valeurs pratiques »<sup>59</sup>.

---

<sup>56</sup> BONNERY, A-M et al., *op.cit.*, p. 115.

<sup>57</sup> Lire : Haute Autorité en Santé

<sup>58</sup> HAS, « Méthodologie générale des protocoles thérapeutiques « hors GHS », HAS, Paris, 2007

<sup>59</sup> Le nouveau petit Robert 2009 de la langue française, *op.cit.*, p. 2079.

La définition internationale ISO<sup>60</sup> est : « Ensemble de caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites ».

« La qualité devient l'aptitude d'un produit (ou d'un service) à satisfaire les besoins explicites ou implicites des utilisateurs. Ces besoins feront l'objet d'une description des caractéristiques ou performances qui permettront d'y parvenir. La qualité d'un produit correspond alors à la conformité à une spécification par laquelle les caractéristiques sont définies selon les exigences, les besoins, les attentes des clients »<sup>61</sup>.

« Aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences ».<sup>62</sup>

La complexité des définitions nous amène à nous interroger sur la compréhension de la qualité par les agents de terrain qui étaient déjà malgré eux, dans une dynamique de gestion par la qualité auprès de leurs patients. « *Les soignants ne conçoivent pas de travailler, car de tout temps ils ont placé le patient au centre de leur préoccupations (...)* »<sup>63</sup>, ainsi peut-on s'interroger sur la pertinence d'explorer plutôt l'évolution historique de la qualité pour mieux la définir.

Historiquement « la qualité est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Son objectif premier a été la conformité des produits livrés avant de s'orienter, plus tardivement, vers la satisfaction du client. Avec le temps, les techniques et les approches utilisées pour atteindre cet objectif se sont transformées et enrichies. ». Avec le Taylorisme, l'activité productiviste des entreprises a dû se doter de contrôle

---

<sup>60</sup> Lire : Organisation Internationale de Normalisation

<sup>61</sup> JACQUIN-RAVOT, B., *Réussir la qualité pour tous*, Chronique sociale, Lyon, 2001, p. 17.

<sup>62</sup> AFNOR, Norme ISO 9000, 2000, annexe II

<sup>63</sup> BREYSSE, F., and al., « Construire un système qualité au sein d'un établissement de soins », Objectifs soins, le cahier du management, janvier 2006, n° 142, p. II.

de conformité sur la totalité de la chaîne de production afin de diminuer le risque d'anomalies en bout de celle-ci. Les méthodes d'analyse se sont ensuite développées pour passer d'un contrôle *a posteriori* vers un contrôle par anticipation afin d'impacter le moins possible la chaîne de production.

Les années 50 ont été une période charnière avec d'un côté l'arrivée aux Etats Unis dans le secteur civil de l'assurance qualité par l'apparition des normes ISO (International Standardisation Organisation), « *la partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences qualité seront satisfaites* »<sup>64</sup>. Parallèlement les Japonais se sont inspirés du modèle américain qu'ils ont adapté en proposant une large campagne de formation et en créant des groupes de réflexion pour une analyse et un traitement des problèmes rencontrés. « *Cette approche s'est peu à peu structurée et institutionnalisée sous le terme d'amélioration continue de la qualité. Ce concept correspond à une démarche qualité progressive incluant un management participatif de la qualité* »<sup>65</sup>.

Au fil du temps la qualité est passée d'une application exclusive du milieu industriel vers celui des services pour atteindre récemment le secteur humain avec la démarche qualité dans le milieu de la santé. Les usagers sont de plus en plus exigeants par rapport à la prise en charge de leur santé et réclament toujours plus de qualité dans les soins et leur prise en charge dans les institutions. On observe sur ce segment stratégique particulier de la santé une inadéquation de l'offre et de la demande, en d'autres termes une non satiété du consommateur occidental dans le domaine de la santé, quelle que soit la qualité de l'offre.

Cette impulsion a été donnée il y a plus d'un vingtaine d'années aux Etats Unis grâce à la révolution de l'Internet avec le développement des systèmes

---

<sup>64</sup> ANAES, « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissements de santé », HAS, 2002, p. 10.

<sup>65</sup> *Ibid.*



d'informations spécifiquement dédiés à la santé (*call center*, sites *web* dédiés à la santé, publications...). C'est ainsi qu'une modification de l'identité du statut du patient est apparue avec l'abolition d'une relation paternaliste entre le médecin et son malade. Ainsi s'opère peu à peu outre atlantique cette nouvelle vision devenue consumériste de soins et qui ne tarda pas à arriver en Europe. Les systèmes de notations des établissements de santé par les médias se démocratisent rapidement en Europe sous l'impulsion des associations de consommateurs ou d'utilisateurs tendant à rompre avec l'obstacle administratif qui les liait au système de soins et favorisent plutôt l'axe de la négociation directe. Le patient ou l'utilisateur devient acteur à part entière du soin et est guidé dans ses choix par des données qualitatives diverses et multi supports. Dès lors la démarche qualité dans les établissements de santé français, en particulier, prend une place prépondérante comme le montre la montée en charge des systèmes d'accréditation et de certification. Cela engendre donc au sein des établissements de santé l'adoption de stratégies nouvelles pour répondre aux besoins des utilisateurs et aux exigences en termes de qualité. Une nouvelle forme de management apparaît dans les institutions de soins avec la nécessité de *manager* par la qualité afin de permettre une meilleure gestion de la qualité mais aussi une meilleure gestion des coûts, car « (c') est un moyen d'efficacité économique, [...] supposant, entre autres, une grande motivation des hommes »<sup>66</sup>.

La qualité est encore une fois au centre de toutes les préoccupations (des utilisateurs et des acteurs du système de soins) illustrée par des démarches qualité et des stratégies managériales impulsées dans les années 90 et sur lesquelles il est intéressant de se pencher.

Au sein des établissements français, après le PMSI<sup>67</sup>, la qualité n'a réellement fait son apparition que dans les années 90 (avec les normes ISO

---

<sup>66</sup> *Ibid.*, p.12.

<sup>67</sup> Lire : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

9000 et la notion de qualité totale) par l'arrivée d'un système d'évaluation de la qualité dès 1991, puis la naissance de l'évaluation et de l'accréditation des établissements de santé avec l'ordonnance Juppé<sup>68</sup> d'avril 1996 dédiée à l'hôpital, sur les trois créées. Un bouleversement vient toucher les établissements de santé qui se questionnent notamment pour savoir comment pouvoir accorder qualité, contraintes financières et satisfaction du patient. Le management de la qualité doit ainsi se concevoir au plus près des équipes et va descendre à des niveaux inférieurs<sup>69</sup> pour en accroître l'efficacité et tendre vers un management par la qualité.

« Le protocole est (donc) un outil de la qualité (...) au même titre que la mesure, le diagramme de Pareto<sup>70</sup>, le diagramme des causes, les contrats clients-fournisseurs... (...) Cette démarche vise la qualité par une démarche (attitude) d'évaluation impulsée par l'accréditation »<sup>71</sup>. Ainsi tout se lie et l'accréditation implique des améliorations qui assurent toujours plus de qualité réévaluée périodiquement comme le suggère la roue de Deming sur la dynamique Plan, Do, Check, Act (Planifier, Développer, Contrôler, Ajuster) avec une marche en avant constante orientée vers l'amélioration.

---

<sup>68</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>69</sup> HAEFFNER, A.L., « Cadres infirmiers et démarche qualité : des managers en mutation », *Gestions hospitalières*, février 2002, p. 97.

<sup>70</sup> Outil d'aide à la décision qui détermine les facteurs cruciaux (environ 20%) qui influencent la plus grande partie (80%) de l'objectif.

<sup>71</sup> BALLE, M., CHAMPION-DAVILLER, M.N., *Organiser les services de soins : le management par la qualité*, Masson, 2000, p. 39.



Cette démarche permet de toujours être tourné vers l’avenir car la qualité engage et pour cela les cadres de santé notamment doivent être convaincants auprès de leurs équipes pour déclencher le processus initial. Ainsi par la qualité nous pouvons avancer dans une démarche dite d’amélioration et intégrer une boucle vertueuse non plus de la gestion d’éléments de non qualité qui tendront à s’amoinrir mais plutôt vers une gestion d’éléments de qualité synonymes de motivation et d’engagement de la part de tous les acteurs en présence.

Ainsi après avoir précisé le cadre contextuel dans lequel se situe ce travail de recherche, nous allons maintenant aborder le cadre conceptuel dans lequel nous inscrivons notre questionnement et qu’il paraît cohérent d’investiguer au travers de deux concepts majeurs que nous avons retenus : le management par la qualité et la résistance au changement.

#### 4. Cadre conceptuel

Le cadre contextuel dans lequel s'inscrit ce travail a permis de poser le socle d'une réflexion que nous allons étayer grâce à la description dans un cadre conceptuel composé de deux principes, le management par la qualité et la résistance au changement.

##### 4.1 Management par la qualité

L'étude de ce concept est en fait complexe du fait qu'il se constitue d'un amalgame entre la qualité et le management.

La qualité largement évoquée précédemment ne sera pas ici redéfinie quant à l'anglicisme *management*, il constitue « *une démarche rationnelle de coordination de toutes les ressources de l'entreprise (humaines, physiques, financières ...) en vue d'atteindre des objectifs précis* »<sup>72</sup>. Ces deux notions sont intimement liées et cela depuis l'arrivée de l'accréditation dans les établissements de santé. J.P Gillet, médecin chef adjoint de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué, à Bordeaux, souligne l'intérêt du « (...) *management par la qualité en post accréditation (qui) peut constituer une approche originale pouvant permettre la pérennisation de la dynamique qualité dans un établissement de santé* »<sup>73</sup>. Cette vision nous suggère l'attention toute particulière que les militaires portent à ce type de management avec une « (...) *notion de la qualité (qui) a été prise en compte depuis des décennies. La qualité fait partie intégrante des acquis culturels militaires (...). Un management par la qualité repose sur la nécessité de relier des atouts existants, à savoir l'histoire passée de l'établissement, la culture en place, les potentialités en hommes et en moyens* »<sup>74</sup>. C'est ainsi que nous devons considérer cette approche du management par la qualité au travers d'une démarche

---

<sup>72</sup> RAYNAL, F., RIEUNIER, A., *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*, ESF, Paris, 1997, p. 216.

<sup>73</sup> GILLET, J.P., GONZALEZ, J.P., JEANDEL, P., « Le management par la qualité : une volonté institutionnelle », *Gestions hospitalières*, janvier 2005, p. 72.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p.74.

transversale, s'inscrivant dans un projet de soins avec un changement d'axe hiérarchique pour passer d'un espace vertical à celui plus horizontal. Pour Hervé Leteurtre, la transversalité devient un enjeu majeur du management par la qualité qui doit « développer :

- Une culture de la priorité à accorder aux clients ;
- Une culture de la prise de décision à partir de faits chiffrés ;
- Une culture de l'anticipation et de la prévention consistant à traiter les problèmes *a priori* ;
- Une culture de responsabilisation du personnel ; »<sup>75</sup>

De nombreuses théories ont été confrontées pour expliquer les meilleurs bénéfices de tel ou tel type de management. Paul Hersey et Kenneth H. Blanchard ont choisi de focaliser leur théorie sur l'attention portée à la tâche et une orientation portée sur la relation. Cette approche est basée sur la contingence des situations liées au degré de maturité des personnels. Pour eux « *cette maturité est à la fois psychologique et professionnelle et se définit par la capacité des employés à se fixer des buts élevés, mais réalistes, par l'engagement dans la tâche ainsi que par la formation et l'expérience* »<sup>76</sup>. Quatre niveaux de maturité sont ainsi décrit :

- Maturité faible (M1)

Bas niveau de qualifications, exigences de leur travail mal connues, peu de motivation.

- Maturité faible à moyenne (M2)

Faible connaissance des exigences de leur travail, mais motivés pour l'accomplir.

---

<sup>75</sup> LETEURTRE, H., and al., *La qualité hospitalière*, 2<sup>ème</sup> édition, Berger-Levrault, Paris, 1999.

<sup>76</sup> CABIN, Ph., CHOC, B., *Les organisations – Etat des savoirs*, Sciences humaines, 2005, p. 200

- Maturité moyenne à élevée (M3)

Connaissance des exigences de leur travail avec une maîtrise des compétences nécessaires mais de moins en moins motivés pour l'accomplir.

- Maturité élevée (M4)

Employés fortement engagés, grand niveau de maîtrise et de réussite.

Cependant leur catégorisation ne s'arrête pas là, ils ont choisi de définir un style managérial afin de décrire la place de la relation dans la réalisation de la tâche. Quatre styles de gestion ont été identifiés et mis directement en relation avec les différents degrés de maturité comme suit :

- Style directif

Associé au M1, il est fortement axé sur l'accomplissement de la tâche en laissant peu de place à la relation.

- Style de motivation

Mis en relation avec M2 il met l'accent autant sur la tâche à accomplir que sur l'importance de la relation pour l'accomplir.

- Style participatif

Associé aux employés de type M3 engagés dans des conduites de projets.

- Style déléguatif

Pour les employés M4 dont l'autonomie ne justifie qu'une intervention minimaliste du manager.

Ainsi au travers de cette revue des divers processus managériaux possibles en fonction des degrés de maturité, nous allons attacher un regard tout particulier sur la nécessité de l'approche managériale axée sur le participatif pour la

réussite des équipes dans un processus d'amélioration de la qualité. Aussi l'attitude managériale qui doit théoriquement s'opérer doit tenir compte de la démarche d'apprentissage dans laquelle se situe le professionnel de santé.

Le management de type participatif conviendra au soignant expert mais devra plutôt tendre vers une attitude directive auprès du novice qui débute dans la profession ou le service afin de lui donner les éléments nécessaires systémiques pour le conduire à l'autonomie. Il faut parallèlement rester vigilant à ne pas trop contraindre la motivation des novices ou des experts au risque d'impacter ce projet d'une résistance au changement.

Dès lors un changement pourra s'opérer dans le management par la qualité de façon consensuelle, attractive et surtout participative. De plus il est très intéressant et positif de considérer qu'« *accroître la qualité signifie améliorer l'environnement global du patient de manière à prévenir les problèmes plutôt que de (passer son temps à) les résoudre* »<sup>77</sup>.

Ainsi une nouvelle dynamique est engagée que « *le management, du fait de son objectif de créer un cadre de travail convivial apprécié par chacun, est un cercle vertueux. De la même manière que le cercle vicieux de l'inefficacité, du mauvais travail et de la démotivation est difficile à combattre, le cycle inverse de l'efficacité, la qualité et la motivation qui doit être maintenu en continu par l'action d'encadrement. Cet effet d'entraînement entre efficacité, qualité et motivation est le but ultime du management par la qualité* »<sup>78</sup>.

Il reste ainsi fort à faire, dans un système où les stratégies managériales sont en pleine mutation ou plutôt adaptation, dans une société en plein changement, soumise à des bouleversements économiques et socio culturels, laissant peu de place et de temps à la mise en place de mécanismes d'adaptation.

---

<sup>77</sup> BALLE, M., CHAMPION-DAVILLER, M.N., *op.cit.*, p. 25.

<sup>78</sup> *Ibid.*, p. 196.

## 4.2 Résistance au changement

### 4.2.1 Définitions :

Le dictionnaire « le petit Robert » ne définit pas littéralement la résistance au changement mais donne des définitions précises de celle-ci formées ici par l'amalgame de deux notions.

La notion de **résistance** se définit dans l'action humaine comme l'« *action par laquelle on essaie de rendre sans effet [une action dirigée contre soi]* »<sup>79</sup>, *pouvant se manifester par l'opposition à la volonté de quelqu'un*<sup>80</sup>.

Dans la littérature, à la fin du XIII<sup>ème</sup> siècle, la résistance, s'écrit alors *résistence* avec ou sans le [e] et définit la « *qualité par laquelle un corps résiste à l'action d'un autre corps* »<sup>81</sup>. En 1375 le phénomène physique est décrit comme une « *force qui s'oppose, ou annule l'effet d'une autre force* »<sup>82</sup>. Marguerite de Navarre, en 1527, évoque l'« *action de résister moralement à ce que l'on subit* »<sup>83</sup> pour décrire la résistance à une injonction morale, ce qui amène à considérer que celle-ci peut être le fait d'une action physique de résister mais aussi correspondre à une phénoménologie de type psychologique.

D'un point de vue psychologique, celle-ci se définit comme la « *propriété d'un phénomène psychologique qui fait qu'il est difficile à modifier* »<sup>84</sup> et pouvant parfois

---

<sup>79</sup> Dictionnaire, Le Nouveau Petit Robert de la langue française, Le Robert, 2009, p. 2215.

<sup>80</sup> *Ibid.*

<sup>81</sup> MAHIEU LE VILAIN, *Metheores d'Aristote*, R. Edgren, 1945, p. 38

<sup>82</sup> ORESME., N., *Livre du Ciel et du Monde*, A. D. Menut, The University of Wisconsin Press, 1968, chap. 12, p. 110

<sup>83</sup> MARGUERITE DE NAVARRE, *Nouvelles lettres*, Génin, n° 46, p. 86

<sup>84</sup> Dictionnaire, grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, 2003, p. 803



nécessiter le recours au sur apprentissage par des situations conditionnelles répétées afin de faire disparaître un phénomène de résistance.

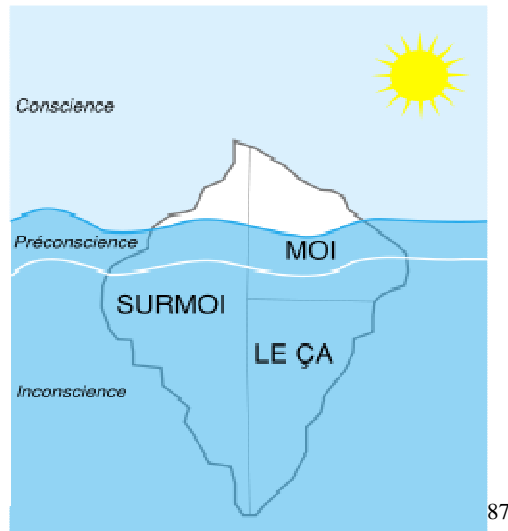
Sigmund Freud, en psychanalyse, définit la résistance comme « *l'ensemble des phénomènes qui entravent les associations ou même conduisent le sujet au silence* »<sup>85</sup>. Ainsi pourrions-nous mieux comprendre la complexité du phénomène de résistance au changement défini par une impossible relation associative de ces deux concepts antithétiques.

Dès 1895, Freud commence à situer la problématique de résistance comme une approche de l'inconscient lui-même qu'il décrira dans *Etudes sur l'hystérie* (1895). Dix sept ans plus tard, Freud, dans la *Dynamique du transfert* (1912), montre que le patient résiste et transpose ses sentiments sur le thérapeute, le sujet répète donc ce qui fait pour lui obstacle. Le mécanisme de résistance devient donc un mécanisme de défense dans « *un processus inconscient* », décrit plus tard par Anna Freud qui systématisera cette conception dans son ouvrage *le Moi et les mécanismes de défenses* (1937)<sup>86</sup>. Ces processus inconscients seront notamment décrits dans la seconde topique de S. Freud où il élabore une cartographie des phénomènes psychiques avec l'articulation du ça (manifestations somatiques inaccessibles à la conscience), du moi (rend la vie sociale possible, il se compose des mécanismes de défenses) et du surmoi (il est la règle qui va moduler nos comportements directement associés au Moi).

---

<sup>85</sup> *Ibid*

<sup>86</sup> *Ibid*, p. 804



87

Après avoir donné quelques définitions de résistance, dont l'origine se situe au plus profond de l'inconscient et après avoir abordé les approches littérale, psychologique et psychanalytique, nous allons nous intéresser au concept de changement dont l'essentiel des descriptions porte plus particulièrement sur l'aspect social au travers du changement social.

En effet, le **changement** se définit selon le dictionnaire Le nouveau Petit Robert comme « une chose, circonstance qui change, évolue. Changement dans un sens puis dans un autre [par opposition à] constance, fixité, persévérance, stabilité »<sup>88</sup>. Ici également nous retrouvons cette dualité sémantique dans le mot changement avec une connotation à la fois négative ou positive. Cette contradiction peut ainsi faire que le changement puisse se traduire en mieux par une amélioration ou en mal par la détérioration, la dénaturation<sup>89</sup>.

<sup>87</sup> Internet : Wikipédia, L'encyclopédie libre, Sigmund Freud.

<sup>88</sup> Dictionnaire, Le Nouveau Petit Robert de la langue française, Le Robert, 2009, p. 393.

<sup>89</sup> *Ibid.*

Le changement est également défini comme l'action de changer ; une variation de l'état, une transformation de ce qui change ou est changé. Changement de domicile, d'état, de vie, de conduite.

Actuellement, pour l'ANFH<sup>90</sup>, organisme chargé de la formation continue, on spécifie que « *le changement désigne la démarche qui accompagne la vie de toute entreprise face à l'instabilité et au développement de son environnement. Conduire le changement c'est à la fois anticiper, définir et mettre en place cette démarche* »<sup>91</sup>.

#### 4.2.2 Visions sociologique et théorique du concept

D'un point de vue sociologique, le changement est selon Marx le résultat de contradictions ; pour Nisbet<sup>92</sup>, il résulte principalement de causes externes et dans la lignée de Rousseau, certains tendent à interpréter le changement comme une régression. Ainsi existe-t-il une évidente diversité du changement (ou du non changement) avec des théories endogénistes et des théories exogénistes inéluctablement commandées par les structures<sup>93</sup>.

Les deux notions de résistance et de changement ainsi définies, nous allons nous intéresser plus particulièrement à la définition du concept général de résistance au changement que nous avons choisi au regard de notre future analyse.

D'un point de vue théorique, la résistance au changement reste relativement complexe à définir et va obliger les sociologues dans les années 1980 à abandonner

---

<sup>90</sup> Lire : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

<sup>91</sup> Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier : [www.anfh.asso.fr](http://www.anfh.asso.fr), Conduite du changement.

<sup>92</sup> Dictionnaire critique de la sociologie, PUF, 1990, p. 70-71.

<sup>93</sup> *Ibid*, p. 72.

l'idée d'une théorisation générale du changement pour se concentrer sur des questions plus limitées et concrètes.

Divers théoriciens donnent chacun une vision particulière de la résistance au changement :

- Michel Crozier met en évidence les rigidités et les cercles vicieux bureaucratiques, facteurs de résistance au changement<sup>94</sup>. Il montre avec Erhard Friedberg que « *la conduite du changement passe par l'apprentissage collectif de nouvelles manières de raisonner et de coopérer* »<sup>95</sup>.
- Renaud Sainsaulieu préfère à la notion de changement celle du développement social, de culture (d'entreprise, professionnelle ...) et des interactions (réseaux de pouvoirs, stratégies collectives)<sup>96</sup>.
- Kurt Lewin, démontra que « *la résistance au changement des individus provient de leur attachement aux normes du groupe. Il en déduit que tout changement doit être porté par le groupe et agir sur ces normes partagées* »<sup>97</sup> pour éviter cette résistance et conforter la nécessité d'une vision consensuelle de l'organisation.
- Il existe également des théories concernant la prise en compte de la contingence en ce sens que le changement est un processus d'adaptation à des variables imprévues<sup>98</sup>.
- L'approche critique insiste quant à elle sur les effets pervers du management par le changement permanent aussi considéré comme anarchique et source d'une forte résistance au changement à terme.

---

<sup>94</sup> CROZIER, M., *Le phénomène bureaucratique*, Seuil, 1963.

<sup>95</sup> CABIN, P., CHOC, B., *Op.Cit.*, p. 206

<sup>96</sup> *Ibid.*

<sup>97</sup> *Ibid.*, p. 207

<sup>98</sup> *Ibid.*

Il est également possible d'étayer par d'autres références le concept de résistance au changement en complétant les apports des auteurs précités par la littérature managériale.

#### 4.2.3 Evolution historique

Coch et French, en 1948, présentent « *la résistance au changement comme une combinaison à la fois de réactions individuelles, liées à un sentiment de frustration, et collectives, issues de forces induites par le groupe* »<sup>99</sup>. Les managers devant s'appuyer sur la participation du groupe en les rendant acteurs du changement organisationnel de leur outil de production.

Déjà cité précédemment, Kurt Lewin en 1951, fut l'un des premiers à s'intéresser à la dynamique de groupe et à élaborer sa théorie des « *champs de forces* » présentant la résistance au changement comme un contrepoids direct aux forces qui poussent à adopter un nouveau comportement. Il insiste sur l'importance d'analyser les forces motrices et résistantes au changement qui établissent un certain équilibre au sein d'un groupe<sup>100</sup>. Ainsi essaie t'il de démontrer que le changement peut s'effectuer en notre faveur par l'application d'un vecteur de force favorable supérieur aux éléments de résistance pour s'orienter vers l'objectif à atteindre.

Lawrence [en 1969], lui, s'intéressera de façon plus détaillée aux causes et aux effets de la résistance au changement. Il défend l'idée que les individus ne résistent pas au changement technique en tant que tel mais à l'impact de ce changement sur les relations sociales. Il préconise de focaliser l'attention des managers sur les modifications réelles engendrées par le changement dans les interactions sociales au

---

<sup>99</sup> COCH, L., FRENCH, J.R.P., « *Overcoming resistance to change* », Human Relations, 1948.

<sup>100</sup> VAS, A., et VAN DE VELDE, B., « La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire », IXème Conférence internationale de management stratégique, Montpellier, mai 2000.

sein de l'organisation. Une des solutions qu'il envisage consiste à impliquer les personnes et à les faire participer au changement<sup>101</sup>.

Kotter et Schlesinger, en 1979, vont développer une théorie s'appuyant sur la contingence en proposant une série de stratégies pour répondre aux éléments de contexte dans lesquels la résistance survient. Ils présentent, sur un *continuum*, six stratégies que sont la communication, la participation, la facilitation, la négociation, la manipulation et la coercition. L'intérêt de leur approche est de proposer des stratégies managériales contingentes, selon les degrés de résistance rencontrés<sup>102</sup>.

William Bridges<sup>103</sup> dans les années 1980 apporte un regard nouveau, toujours d'actualité et plus détaillé sur les mécanismes de changements en explorant le domaine des transitions de vie avec les mécanismes de l'adaptation psychologique face au changement. Son ouvrage nous convie étape par étape vers le processus de réorientation face à un changement, afin de trouver un nouvel équilibre de vie.

Il nous dit que tout processus de transition suit trois phases :

- la reconnaissance profonde d'une fin.
- la zone neutre : temps de la réorientation, souvent difficile à vivre, c'est un temps essentiel à vivre, une étape nécessaire.
- le renouveau ou nouveau commencement

« *La transition est un processus qui se débute par une fin et se termine par un nouveau commencement* »<sup>104</sup>.

Plus récemment, en 1992, Kanter, Stein et Jick se sont intéressés au changement organisationnel planifié dans les grandes organisations. Ils ont identifié trois

---

<sup>101</sup> *Ibid*

<sup>102</sup> *Ibid*

<sup>103</sup> BRIDGES, W., *Les transitions de vie : Comment s'adapter aux tournants de notre existence*, InterEditions, Paris, 2006, 192 pages.

<sup>104</sup> *Ibid*

catégories d'acteurs importants lors de la conception et la mise en œuvre de changements au sein des organisations<sup>105</sup>. Ils définissent les « *stratèges* » qui conçoivent le changement, les « *organiseurs* » qui le mettent en œuvre et les « *récepteurs* » qui en sont les destinataires. Ils présentent explicitement la catégorie des récepteurs comme étant la source principale de résistances au changement.

Ainsi à travers ce bref historique il est établi que les sources de résistances aux changements sont clairement établies au niveau des subordonnés ce qui implique *a priori* la nécessité d'une nouvelle approche managériale. Pour ce faire nous allons nous intéresser à l'origine du concept de résistance au changement.

#### 4.2.4 Origine de la résistance au changement

Malgré la multiplicité des causes de résistances au changement, il paraît important de porter un regard à la fois au niveau individuel mais également au niveau collectif.

##### Au niveau individuel :

- Les intérêts individuels prévalent sur l'intérêt collectif
- Les expériences antérieures de changement impactent les situations futures d'autant plus qu'il existe un manque de confiance ou une méconnaissance des intentions.
- Peur de ne pas arriver à développer de nouvelles compétences
- Evaluation dissymétrique du processus de changement par rapport à leur hiérarchie

---

<sup>105</sup> KANTER, R.M., STEIN, B.A. et JICK, T.D., *The Challenge of Organizational Change : How Companies Experience It and Leaders guide It*, New-York, The Free Press, 1992.

Ces quatre points décrits<sup>106</sup> par Kotter et Schlesinger sont très évocateurs des attitudes des individus face au changement et au déploiement de leurs mécanismes de défense.

Brenot et Tuvée en 1996 catégorisent quant à eux les origines des résistances individuelles autour de plusieurs thèmes clés<sup>107</sup> :

- Le niveau de connaissances, d'éducation et par là, l'ouverture d'esprit.
- Les aptitudes au changement (volonté de connaissance, créativité, imagination) *versus* les fonctions routinières.
- Les raisons économiques
- Les attitudes, les préjugés, l'esprit de clocher.
- Les craintes et les conflits, les sentiments d'insécurité, de méfiance, de jalousie, de pouvoir interpersonnel, d'intérêt personnel.

Cette vision étant sensiblement la même que celle abordée par Kotter et Schlesinger en 1979. Kanter en 1985 s'attachera à décrire les aspects prévisibles des personnes qu'il nommera les récepteurs avec :

- **La perte de contrôle** qui met en exergue que trop de choses sont faites vers les gens et trop peu sont faites par eux.
- **La trop forte incertitude** par manque d'information touchant aux étapes suivantes et aux actions futures.
- **Le manque d'information** lorsque les décisions sont exposées sans préparation ni *background*.
- **Les coûts de confusion** quand il y a trop de choses qui changent simultanément, de routines qui sont interrompues.

---

<sup>106</sup> KOTTER, J.P., and SCHLESINGER, L.A., "Choosing strategies for change", Harvard Business Review, 1979, p. 106-114.

<sup>107</sup> BRENOT, J., TUVÉE, L., *Le changement dans les organisations*, Presses Universitaires de France. Paris, 1996, p. 91.



- **Le sentiment de perdre la face** quand la nécessité de changer donne aux gens le sentiment qu'ils sont stupides par rapport à leurs actions passées, surtout envers leurs pairs.

Tous les éléments décrits par les différents auteurs à des moments différents semblent rassembler les points de vue autour d'idées communes concernant la résistance au changement basée sur des aspects relevant de l'individu. Pour autant il n'en est pas moins vrai que l'individu seul n'est pas la cause de tout et qu'il faut également envisager les choses sur le plan collectif avec la dynamique des organisations.

#### Au niveau organisationnel :

D'un point de vue structurel, les organisations verticales, fortement hiérarchisées ont plutôt tendance à se reposer sur une dynamique routinière poussant l'entreprise à établir des objectifs ancrés sur le passé provoquant une constance rendant difficile tout changement. La nécessité du changement va donc, pour pouvoir s'établir, passer par une modification de l'organisation structurelle, des valeurs, de la culture et des normes sociales de l'entreprise afin de la faire sortir de l'aspect protecteur de l'immobilisme. De nombreux travaux ont appuyé cette conception d'inertie de l'organisation en privilégiant le passé comme explication de l'évolution ou de la non évolution de l'entreprise (Boeker 1989; Kimberly, 1979). Starbuck (1965) affirme également que lorsqu'une organisation adopte un type de stratégies, cela rend automatiquement difficile voire impossible l'adoption d'autres stratégies.<sup>108</sup>

---

<sup>108</sup> VAS, A., et VAN DE VELDE, B., *Op., cit.*, p. 5.

#### 4.2.5 Les différentes formes de résistances

Les formes de résistances au changement ont pu être catégorisées par Carton sous les formes suivantes<sup>109</sup> :

- Inertie

Les personnes qui y sont confrontées n'opposent pas réellement de résistance mais font tout pour ralentir le processus de changement en déployant moult stratégies négatives sous d'excellents prétextes et tenter de faire échouer le projet.

- Argumentation

Elle s'inscrit dans un fort processus d'intégration psychique où le changement doit apparaître à l'individu comme correspondant au plus près de sa réalité, de sa conception des choses, de ce qu'il a envie qu'il soit.

- Révolte

Se manifeste lors d'une vision croisée d'une réalité, d'un changement pour lequel une personne ne parvient pas et ne désire pas se mettre en phase avec son interlocuteur. Tous les moyens sont bons pour dénigrer la situation de changement avec arguments et contre arguments à l'appui.

- Sabotage

Cette attitude se rencontre avec la mise en place d'une pseudo-adhésion dans un premier temps qui s'avère vite tourner à la manipulation avec création d'une situation de déstabilisation du projet. L'effet de surprise est garanti du fait de l'attitude initiale enjouée de la personne.

---

<sup>109</sup> CARTON, G.D., Eloge du changement : Leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel, Village mondial, Paris, 1997, 221 pages.

Ainsi avons nous pu voir combien le changement et les résistances qu'il engendre sont d'une grande complexité majorée par le fait que de multiples facteurs l'impactent pour lui donner vie. La résistance au changement provient en effet d'attitudes individuelles ou collectives sujettes à des facteurs environnementaux d'ordres culturels, politiques, psychologiques, stratégiques et sociologiques. De plus cette résistance tend plus particulièrement à se développer dans les sphères sociales soumises au regard stratégique et managérial des concepteurs de ces changements (eux mêmes peu enclins aux phénomènes de résistances car en position de pilotes).

## **5. Synthèse de la première partie**

Au travers de cette première partie, nous avons pu mettre en évidence ce qui, dans la question de départ « *Les protocoles antalgiques du CLUD : qu'en est-il de leur application sur le terrain ?* », pouvait expliquer ce positionnement face à cette interrogation. Un constat a pu être étayé au travers d'un apport d'éléments de preuves comme des observations d'experts dans le domaine de la prise en charge de la douleur, des retours d'expériences en groupes spécialisés mais aussi par un résultat d'audit confirmé par une réévaluation en février 2009.

Ce constat, une fois posé, il était intéressant de pouvoir exploiter cette question de terrain au regard du constat précité en ayant défini quatre notions essentielles de contexte comme l'institution, la réglementation, les protocoles et la qualité.

Ces définitions de contexte nous ont ensuite amené à nous interroger sur le cadre conceptuel que nous souhaitons aborder dans notre démarche de recherche. Le management par la qualité et la résistance au changement se sont imposés de fait au regard des éléments de contexte posés et d'entretiens de pré-enquête nous ayant permis d'élaborer la grille d'entretien d'enquête utile à la démarche inductive dans laquelle s'inscrit l'exploitation de ce travail de recherche.

Après un long cheminement et malgré d'autres orientations conceptuelles qui auraient peut-être été toutes aussi pertinentes et passionnantes, nous avons décidé de nous orienter vers la question de recherche suivante :

**Qu'en est-il des stratégies développées par les référents douleur dans la mise en œuvre des protocoles antalgiques du CLUD ?**

## 6. Méthodologie

### 6.1 Outils de recueil des données

Les données permettant de procéder à l'analyse de la situation ont été recueillies sur le terrain par des entretiens d'enquête semi directifs auprès de professionnels de la santé. Des enregistrements audio ont été systématiquement effectués sous le couvert de la confidentialité garantie pour les interviewés. Tous les entretiens exploités ont été régulièrement cryptés par clé de 128 Bits à l'aide du logiciel de cryptographie *AxCrypt*® pour éviter tout risque de divulgation malencontreuse.

### 6.2 Choix de l'outil

Les entretiens d'enquête ont été privilégiés pour recueillir les données afin de mieux répondre à notre démarche de recherche subjective. La méthodologie qualitative a donc été privilégiée pour étudier notre expérience de terrain au regard de notre questionnement initial.

*« La démarche de recherche part d'une problématique, c'est-à-dire sur l'élaboration d'une question de recherche centrale posée au regard d'un ensemble de phénomènes. Dans cette manière de procéder du chercheur nous sommes dans le champ de la découverte et de la compréhension »<sup>110</sup>.*

Cet outil qu'est l'entretien d'enquête nous a donc paru suffisamment pertinent pour le retenir comme support de recueil de données pour notre analyse.

---

<sup>110</sup> PEOC'H., N, Fiche de lecture - Recherche bibliographique, Hôpitaux de Toulouse, 2008, version III, p. 2.

### 6.3 Construction de la grille d'entretien

La grille d'entretien a été construite après avoir procédé à la recherche bibliographique, défini les éléments de contexte et mis en évidence les concepts clés de notre recherche. La grille d'entretien se décrit comme suit sous la forme de 6 questions assorties de sous questions de relance (mentionnées en annexe dans sa totalité)<sup>111</sup>.

### 6.4 Définition de la population et choix de l'échantillon

La population sur laquelle s'est portée l'enquête est constituée de professionnels de la santé infirmiers et cadres de santé. Cette recherche monocentrique concerne des professionnels issus des différents sites appartenant au CHU de Toulouse que sont les hôpitaux de Purpan Haut, Larrey, Paule de Viguier et Rangueil.

Cinq cadres de santé et cinq infirmiers ont été interviewés entre les mois de février et mars.

Des binômes de cadres de santé et d'infirmiers ont été constitués afin de mettre en cohérence les réponses recueillies tout en privilégiant la non intervention de notre part dans les faits rapportés. Pour les infirmiers, il s'agissait de personnes représentant toutes les catégories en termes d'ancienneté de diplôme et d'expérience, référents douleur ou pas, tout comme les cadres. Pour les cadres, nous avons également privilégiés cette diversité afin de pouvoir parvenir à recueillir une vision aussi globale que possible.

---

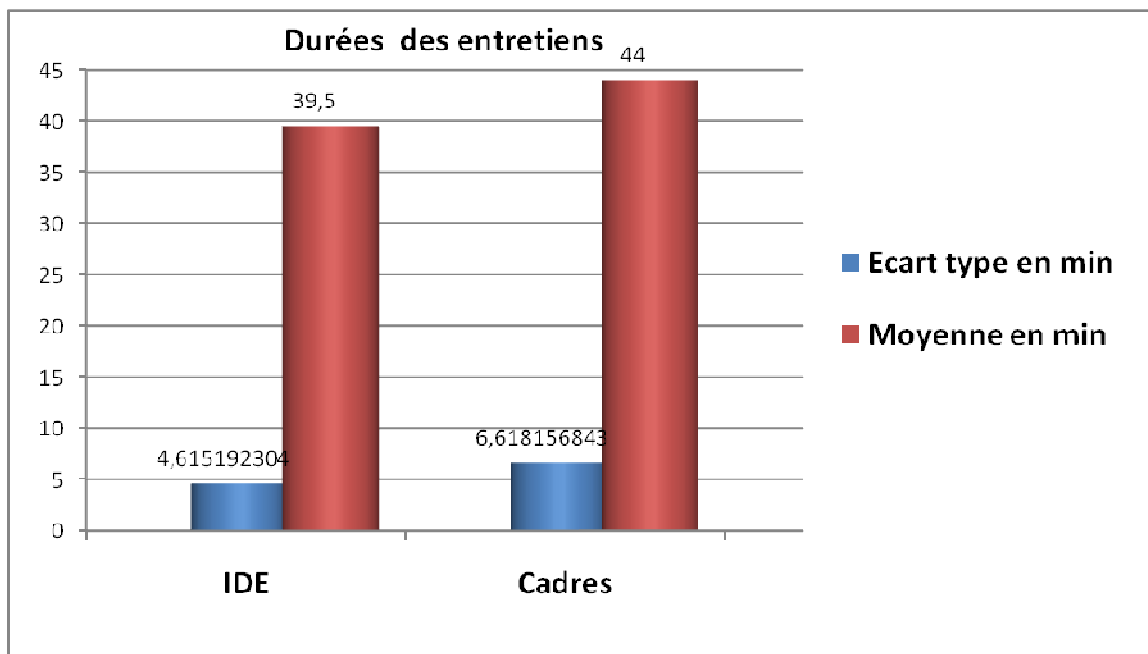
<sup>111</sup> cf. annexe 3.

## 6.5 Déroulement des entretiens

Une autorisation d'investigation institutionnelle a été demandée auprès de Madame Péoc'h<sup>112</sup> dont la réponse a été :

« [...] avis favorable, sur le plan éthique et déontologique [...] »<sup>113</sup>.

Les 10 entretiens ont eu lieu sur les divers sites l'après midi, ils ont duré entre 34 et 52 minutes (soit en moyenne 42 minutes) dans une salle spécifique afin de préserver la confidentialité des propos recueillis.



## 6.6 Choix du type d'analyse

Tous les entretiens, retranscrits dans leur intégralité, mot à mot, ont été soumis à une analyse de contenu afin de pouvoir faire émerger des données utiles à notre

<sup>112</sup> PEOC'H., N, *Cadre supérieur de santé*, Direction des Soins, Mission Recherche, Liaison Université/Institut de Formation, Hôpitaux de Toulouse.

<sup>113</sup> Message électronique (E. Mail) du 23 février 2009

analyse descriptive. Chaque citation d'entretien portera la marque **E** pour Entretien et le numéro de l'interviewé (de 1 à 10) soit par exemple **E 5**.

L'analyse descriptive sera étayée par des éléments de contexte, des concepts se rapportant à notre question de recherche.

## 6.7 Limites

Des contraintes organisationnelles et contextuelles (certification...) expliquent en partie la faible durée (34 et 35 minutes) de deux entretiens malgré l'implication des interviewés et la richesse de leur discours.

Il existe des discours en inadéquation avec la réalité du terrain livré *en off* par un cadre de santé, après l'entretien, du type « *ici, on prend très bien en charge la douleur, on n'a vraiment pas de problème, on est autonome, on n'a pas besoin des protocoles du CLUD...* » puis quelques minutes plus tard : « *...on aurait besoin de formation par le CLUD pour parler des opioïdes car il y a des choses qui ne se font pas ou que l'on ne devrait peut être plus faire comme le Nubain® en sous cutanée, d'après ce que vous me dites* ».

L'enregistrement, même s'il a été accepté par tous, est un frein au discours, en tout cas au début d'où l'utilité de la première question de la grille permettant d'induire en quelque sorte l'entretien.



## 7. Analyse

### 7.1 Analyse descriptive

A partir de 10 entretiens de recherche recueillis auprès de 5 infirmières et 5 cadres de santé du CHU de Toulouse, nous allons procéder à leur analyse descriptive. L'exploitation des entretiens et leurs découpages en unités de sens a permis une analyse suivant 3 axes prépondérants:

- Un environnement soumis à l'influence de l'interprétation
- Accompagnement des pratiques dans un processus de recherche de la qualité
- Pratiques professionnelles et résistances aux changements

Au fur et à mesure de l'analyse il sera cité des extraits d'entretiens qui seront mentionnés en bleu pour améliorer le confort de lecture. La lettre **E** sera attribuée à l'abréviation du mot **Entretien** en début de citation. Les catégories socio professionnelles seront identifiées par un chiffre qui sera **impair** de 1 à 9 pour les **infirmières** et par un chiffre **pair** de 2 à 10 pour les **cadres de santé**.

Dans un deuxième temps nous procéderons à une analyse explicative au regard des données avancées dans la première partie du mémoire.

#### 7.1.1 **Champs des représentations**

Nous allons évoquer ici les représentations perçues par les infirmières et les cadres de santé interrogés. Nous évoquerons dans un premier temps la connaissance des différents acteurs concernant le CLUD et ses missions avant de procéder à l'analyse descriptive du champ des représentations proprement dite.

## ➤ Le CLUD

Ainsi au sein des hôpitaux de Toulouse, le **CLUD** et ses missions sont connus des professionnels de santé (infirmiers ou cadres) de façon assez homogène et diversifiée dans les réponses. Cela va de l'édiction de recommandations à l'uniformisation des pratiques en passant par l'amélioration de la prise en charge du patient et l'accompagnement des équipes sur le terrain.

E8 « on est dans une institution donc il faut essayer de travailler sur un plan institutionnel, uniformiser les pratiques au niveau institutionnel... »

E4 « ...d'édicter, de publier des recommandations, des protocoles en fonction, soit mis à disposition des soignants pour ce type de douleur sous la forme de recommandations, de protocoles. »

E7 « Mes attentes, par rapport au CLUD, [...] c'est apporter des améliorations. »

E7 « un ensemble de personnes qui travailleront et qui essaient d'apporter des améliorations quant à la prise en charge de la douleur chez le patient »

E4 « (le CLUD) apporte de quoi améliorer la prise en charge des patients. »

E7 « (le CLUD doit) essayer de faire avancer [...] former l'ensemble du personnel [...] quant à la prise en charge de la douleur. »

E4 « ... l'intérêt du CLUD est de mettre des hommes en actions. »

E5 « ...c'est de la prise en charge de la douleur, nous aider nous dans les services à calmer la douleur des malades et quand on sait pas comment faire »

E5 « il y aurait besoin [...] que des gens qui soient vraiment compétents dans la gestion et qui viennent dire il faut faire comme ci, il faut faire comme ça , je pense que ça pourrait nous aider. »

### **Le CLUD, une instance diversement perçue.**

Le CLUD tout d'abord est mentionné comme une entité inconnue, la personnification d'une instance qui n'a pas d'enveloppe charnelle sur le terrain. On ne rencontre pas **le CLUD** mais **des personnes du CLUD**. Il semble exister un décalage comme cela est mentionné entre l'action du CLUD dans les soins et le CLUD identité, instance. Il revêt ici de par cette puissante personnification, la représentation pour les gens du terrain de n'être qu'une forteresse inaccessible et omnipotente. Les réponses données sont très variables et parfois acerbes quant à ses actions sur le terrain.

E2 « ...c'est difficile de donner un avis sur des gens que tu ne connais pas. »

E2 « ...j'ai rencontré des gens qui faisaient partie du CLUD mais j'ai jamais rencontré le CLUD. »

E2 « ...pour moi c'est une entité qui existe sur le CHU mais qui sur le terrain.....j'ai jamais rencontré donc je les ai jamais rencontré, je ne sais pas qui c'est ! »

E2 « ...c'est quelque chose qui est décalé des soins, c'est une véritable entité qui est posée à côté des soins.»

E9 « Le CLUD, c'est au niveau de la douleur, le CLUD [...] comité de lutte contre la douleur, là franchement je ne connais pas... »

E6 « ...(le CLUD) ce n'est pas notre tasse de thé »

E3 « (ce) que le CLUD a mis en place franchement j'en sais rien »

E7 « Je sais pas grand-chose sur le CLUD »

E5 « il n'y a pas forcément de continuité (après la formation)»

E5 « Moi mes attentes [...] c'est peut être un accompagnement parce qu'on nous envoie ça (les notes) mais il n'y a personne qui vient nous expliquer. »

E5 « ...on est un peu lâché dans la nature. »

E2 « C'est même pas un étranger (le CLUD), ils ne s'en préoccupent pas, il n'y a pas d'existence réelle. »

E5 « ...ce comité donc effectivement qui sévit surtout au niveau paperasserie... »

E6 « Le CLUD ne nous a pas apporté (un) plus... »

E2 « ...(le CLUD) c'est la tour d'ivoire qui donne des ordres »

D'autres au contraire sont plus mesurés dans leur propos, ils ne considèrent pas le CLUD comme la personnification d'une instance mais plutôt comme une instance à part entière. Ils la décrivent comme venant du terrain pour aider les soignants sur le terrain mais dont les compétences sont reconnues et validées par des professionnels experts dans le domaine.

E5 « Le CLUD [...] existe en fait pas réellement mais c'est vrai que c'est un mot CLUD. »

E8 « ...(le CLUD), c'est une aide ici pour mettre en place MEOPA, c'est des appuis. Comme c'est un peu difficile... »

E4 « le CLUD [...] , c'est l'émergence des soignants »

E3 « c'est un peu le S.O.S. douleur, venez nous dépanner. »

E1 « On a quand même des gens compétents et qui étudient la chose pour qu'on s'y réfère. »

E1 « un comité qui bien entendu, [...] le but est d'améliorer la prise en charge de la douleur chez le patient hospitalisé »

E3 « c'est notre issue de secours »

E4 « c'est une instance qui aujourd'hui est incontournable »

**Le référent douleur**, membre du CLUD et collaborateur de terrain, trouve une place nouvelle au sein de l'équipe de soins. Ressource et modèle, il accompagne l'équipe au quotidien dans le processus de prise en charge de la douleur. Il est aidant, source d'informations, ses compétences et son expérience sont reconnues.

E6 « on la respecte en tant référente CLUD, tout le monde sait que c'est une aide sur le sujet mais elle n'a pas de place particulière »

E3 « elle est de bon conseil »

E4 « Elle a de la bouteille, elle est compétente, un peu soupe au lait elle a un fort caractère mais il faut avoir son caractère »

E3 « ...elle fait un rôle de bonne référente [...] c'est une ressource pour nous [...] C'est très bien ce qu'elle fait, c'est elle qui assiste à la journée douleur et tout ça.»

E4 « Information, Oui. Formation, elle en fait passer, elle manque encore de formation aujourd'hui, j'en fais passer »

E6 « ... elle (la référente) donne des conseils à la relève, elle peut se positionner, [...] elle peut être aidante et même une ressource.»

E6 « ...s'il y a un problème particulier elle communique là-dessus. »

E9 « En référant douleur, il y a Mme J. C'est vrai que quand elle est là, elle gère. C'est vrai qu'il n'y a pas photo par rapport à moi. Je me sens, elle gère beaucoup mieux la douleur du patient que moi ... »

E9 « elle sait très bien ce qu'il faut y mettre, elle est vraiment référente de ça.[...] Après, bien sûr je lui demande conseils, mais bon tu vois qu'elle a été formée. »

E8 « (cette référente douleur est) [...] bien perçue et je pense qu'il faudrait aussi que vous ayez le versant sage femme ...Elle est plutôt aidante pour l'équipe, ce n'est pas un frein... »

De même, **le système de formation** présente un réel intérêt pour les acteurs du soin mais plus particulièrement pour les cadres de santé. La formation doit surtout émaner du CLUD ou de ses acteurs comme les référents. Le CLUD est source de formations actions, continues ou opérationnelles par les référents.

E5 « Après que je fais la formation il y en a plusieurs qui m'ont demandé pour montrer comment ça marche ...»

E3 « ...il doit y avoir de la recherche, de la formation, des [...] et après venir dans les services... »

E2 « ...une grande partie qui étaient partantes... »

E4 « De formation, elle (la référente) est chargée de donner des informations auprès de l'équipe, d'être le premier niveau de conseil face à un problème de prise en charge de la douleur »

E6 « je trouve que tout ce CLUD, c'est très bien, ça nous permet de savoir que l'on a des référents douleur dans tous les services, que l'on peut avoir des formations, que l'on peut envoyer les gens en formation »

E4 « ...donc j'avais de par ma présence au CLUD les infos sur la douleur, j'étais en formation permanente »

➤ **Des disparités professionnelles dans l'interprétation de la douleur et dans sa prise en charge.**

L'instance CLUD n'est pas la seule à devoir faire l'objet d'interprétations particulières. Il existe en effet des disparités professionnelles importantes rapportées par les soignants concernant la prise en charge de la douleur. Les catégories professionnelles médicales sont jugées ici par les soignants comme moins engagées dans le processus de prise en charge de la douleur.

E1 « C'est ça aussi dans la tête des internes peut-être qu'ils ne sont pas assez sensibilisés ou informés... »

E1 «... nous avons tous des rapports différents à la douleur.»

E7 « , une patiente qui souffre [...] je ne peux rien faire j'ai appelé quatre fois l'anesthésiste »

E7 « Le problème c'est que c'est nous qui sommes auprès des patients et on est un petit peu... »

E1 « ...elles (les sages femmes) n'ont pas la notion de douleur. »

E8 « Je ne suis pas certaine qu'elles aient la même représentation de la douleur que les infirmières. »

E8 « Je n'ai jamais vu que ce soit les médecins qui s'intéressaient à la prise en charge de la douleur chez le patient. Je dirais plutôt que ce sont les soignants qui un jour se sont révoltés contre ces difficultés au quotidien et les médecins ont suivi. »

Les infirmières s'interrogent également sur la pertinence de la prise en charge d'un patient douloureux. Des principes qui pour elles sont bafoués au quotidien et qui les révoltent à en croire la montée de ton employée lors du recueil des entretiens.

E1 « ...on ne peut pas être réfractaire à ça (la douleur). »

E8 « Déjà, comment le soignant perçoit la douleur de l'autre ? S'il part du principe que l'autre fait du cinéma, on n'est pas prêt d'avancer. »

E8 « ... qu'est ce qui est la priorité dans un service ? le confort du patient ou le confort du soignant ? ... »

E4 « les soignants effectivement se sont pris en charge pour améliorer la prise en charge de la douleur »

E7 « elles (les parturientes) ne sont pas considérés comme des malades c'est vrai que mais c'est vrai que la douleur quelque part elle y est. »

E9 « Il ne faut pas laisser souffrir les gens comme ça, c'est inhumain. Je pense que vraiment on fait attention dans cette équipe à ce que les patients ne souffrent pas, je pense que l'on y fait attention maintenant il faudrait avoir le ressenti des patients. »

E9 « ... j'ai eu un patient, il y a trois semaines,[...] qui arrivait (des soins intensifs) avec une EVA à 10, très algique.[...] c'est impensable, je ne comprends pas que l'on puisse laisser souffrir les gens comme cela [...] C'est là que tu te dis qu'au niveau de la douleur on a encore beaucoup de choses à faire, ça c'est sûr. »

E8 « ...je vous ai donné quelque chose et maintenant il faut attendre 2 heures, jusqu'au jour où on m'a fait cette réponse là et c'est la pire des réponses que l'on puisse faire à quelqu'un qui a mal. »

### **La peur de l'inconnu, de la nouveauté (le protocole).**

Des stratégies thérapeutiques existent, des outils sont mis à la disposition des soignants pour les aider quotidiennement à prendre en charge la douleur cependant la nouveauté parfois crée des comportements en contradiction avec la conception du soin ou de la prise en charge du patient. La nouveauté de certains systèmes comme



la pompe d'analgésie autocontrôlée<sup>114</sup> par le patient délivrant de la morphine ou l'applicabilité d'un protocole thérapeutique à l'initiative de l'infirmière sans l'avis du médecin génère visiblement quelques appréhensions. Cette appréhension s'exprime par une conduite paralysante qu'est **la peur**.

E1 « Mais je ne sais pas pourquoi il n'y en a pas »

E1 « Les protocoles d'antalgie du CLUD, pas trop, parce que je ne les connais pas »

E4 « Connus ou utilisés, honnêtement je ne sais pas »

E4 « Il est difficile de changer les habitudes quand cela fait 10 ans ou 15 ans que l'on fait pareil. Pourquoi changer de procédure alors qu'elle marche. »

E2 « ...chacun a toujours de bonnes raisons de préférer son protocole au protocole du voisin »

E5 « c'est là [...] depuis très longtemps, c'est un automatisme que l'infirmière vieille le dit à l'infirmière un peu moins vieille qui le dit à l'infirmière un peu moins vieille, etc., et les protocoles on les attrapent comme ça. »

E2 « Dès que cela passe un peu autre (n'est plus dans les habitudes de travail)... Le vieux recours au médecin, le vieux schéma, le recours au médecin, il vient évaluer et c'est lui qui donne l'ordre parce qu'il est plus compétent... »

E4 « (grâce au) renouvellement de l'équipe relativement important [...] les vieilles habitudes se perdent par faute de combattants. »

Le champ des représentations n'est pas le seul point émergent dans les entretiens des divers protagonistes. Au delà de la description de ce premier axe, l'analyse des

---

<sup>114</sup> Pompe d'analgésie autocontrôlée par le patient , lire désormais PCA.

entretiens nous amène également à étudier dans un deuxième temps l'accompagnement des pratiques dans un processus de recherche de la qualité.

### 7.1.2 Accompagnement des pratiques professionnelles dans un processus de recherche de la qualité.

#### ➤ La communication

Il est relevé dans les entretiens **un intérêt important pour la communication** afin de restituer des informations applicables par les équipes de soins. L'intérêt porté à la communication semble important au vu des difficultés mentionnées dans les divers entretiens et qui pourraient être améliorées par des stratégies d'adaptations possibles à trois niveaux selon les réponses recueillies.

L'ignorance d'outils de prise en charge comme les protocoles semble liée à la difficulté à communiquer entre le CLUD et le terrain mais aussi au sein même du service. Des mesures concrètes d'améliorations sont avancées face à la mise en avant de manques.

E2 « Je trouve qu'on n'a pas de lien entre le terrain et le CLUD. »

E9 « ... je n'ai jamais entendu parler de ces protocoles douleur ! »

E9 « Je ne savais pas qu'il y avait des protocoles et que je pouvais moi-même appliquer... »

E2 « Je crois que le travail il est de rapprocher tout le monde et que tout le monde se parle. »

E1 « ... un temps de parole qui aurait été sain »

E1 « ...ça peut être des interventions ponctuelles pour mobiliser les gens... »

E2 « ...il faut dire qu'on est là, dire qu'on existe, faut dire ce qu'on fait, être patient et attendre. »

E9 « (la communication aura due venir) de notre surveillante, et peut-être de Patricia puisque c'est elle qui est formée à la douleur. »

E9 « ...elle n'a peut-être pas le besoin de former ou bien cela seraient à notre surveillante du fait que l'on a une référente douleur de lui dire d'informer les membres de l'équipe. »

Majoritairement il n'est pas exclu pour les soignants ni pour les cadres que le principal vecteur de **communication** soit **délégué aux référents douleur**. Ce constat est verbalisé par les soignants dans les entretiens relevant l'intérêt de faire le lien entre les réunions d'instances apportant des nouveautés (comme les protocoles antalgiques du CLUD) pour l'équipe et de ce fait maintenir certain niveau de qualité à faire croître en permanence. Par contre les cadres ne relèvent pas cette information mais agissent déjà en ce sens ; les soignants nous le confirment.

E1 « ...on n'a pas de retour (de la référente), je sais pas très bien quel est son rôle par rapport au service, au CLUD, etc. »

E3 « elle va à toutes les réunions sur la douleur et comme ça nous tient au courant des nouveautés »

E3 « (la) référente douleur, nous tient au courant des différentes informations... »

E3 « Donc quand elle va à la réunion on elle nous tient au courant sur tout. »

E9 « Oui, lorsqu'elle fait une formation et elle en fait est assez régulièrement, elle nous fait ces comptes-rendus par rapport à la douleur. »

E5 « ... à mon petit niveau quand je suis revenu de la formation, j'ai dit au personnel certaines petites choses,... »

E8 « Il y a aussi des référentes qui sont chargées de diffuser l'information. »

**La qualité du système d'information** du CLUD est très critiquée, majoritairement par les soignants, qu'il s'agisse des moyens mis en œuvre pour communiquer que les supports employés sur lesquels ils peuvent s'appuyer pour travailler.

De la rétention d'information à l'inaccessibilité du support en passant par les déficits en informations du CLUD et aux mises à jour de celles ci, tout y passe. La présence physique en terme d'accompagnement des pratiques est également relevée comme un point pouvant permettre une amélioration de la diffusion de l'information concernant l'applicabilité des protocoles au sein de certaines unités et augmenter ainsi le niveau de qualité.

E5 « ...c'est la cadre qui les reçoit et comme moi je n'ai pas accès à Internet »

E5 « ...on reçoit des notes, enfin [...] y a très longtemps qu'il n'y en a pas eu »

E3 « ...je savais pas que le CLUD avait des protocoles donc s'il ne nous les faits pas parvenir on les applique pas.

E3 «Le classeur [...] douleur, il y a des informations, du bla-bla mais des protocoles je sais pas. »

E3 «... je n'en sais rien qu'est-ce qu'il y a dans ce classeur protocoles »

E2 « J'ai toujours appris de manière institutionnelle qu'il y avait des choses qui se développaient, des protocoles... »

E2 « ...j'ai jamais rencontré des gens qui sont venus me dire mais quel protocole vous appliquez, comment ça marche, qu'est ce qui se passe , est ce que vous êtes satisfait de ça ...»

L'importance du système de communication a donc été relevé tant au niveau de l'encadrement que des soignants. Il est amené ici comme un facteur d'amélioration

des pratiques s'inscrivant plus particulièrement dans la diffusion de données émanant d'un comité participant à l'amélioration de la qualité des soins : le CLUD.

➤ **Des ressources mises à disposition**

**Des ressources sont mises à disposition** afin d'améliorer la qualité des soins et cela se retrouve dans la majorité des entretiens que nous avons exploités.

Il existe un réseau institutionnel formalisé travaillant en collaboration avec les services de soins tels que le CLUD, le réseau de référents douleurs. De même il est mentionné l'utilisation d'outils spécifiques permettant d'améliorer la qualité du travail.

Au niveau du sommet d'une « pyramide virtuelle transversale » se retrouve la nécessaire **activité du CLUD comme soutien opérationnel**.

E3 «... nous on les appelle au CLUD quand on sait plus gérer la douleur »

E3 « Un soulagement, c'est qu'ils viennent les soulager. »

E4 « (appel équipe mobile douleur) à l'initiative du soignant »

E5 « ...on devrait voir plus des gens du CLUD... »

E2 « Ce qui est sûr c'est que plus tu vas t'approcher du terrain, être prêt des gens et si tu arrives à les faire venir discuter pour faire mieux et en te présentant comme une aide, tant mieux. A mon sens c'est une des solutions, ...»

**Le référent trouve** visiblement de plus en plus **sa place au sein de l'équipe de soins**. Il partage ses connaissances et accompagne le processus de prise en charge de la douleur dans une démarche bienveillante pour faire évoluer les pratiques.

E3 « c'est elle qui s'occupe de tout... elle est référente sur les douleurs. »

E3 « ...au contraire on a plusieurs référentes ça ne pose pas de problème. [...] On est là pour ça, elle le fait partager, elle détaille le truc. »

E4 « ...pouvoir avoir un interlocuteur (pour) pouvoir intervenir évaluer, nous aider évaluation d'un patient et douloureux et apporter un regard clair... »

E4 « ...bien de pouvoir avoir des référents. »

E4 « on a une référente douleur soins palliatifs qui va porter aussi son enrichissement à l'équipe. »

E8 « Elle (la référente) est chargée de faire avancer un peu la prise en charge de la douleur et de mobiliser un peu les collègues pour que ça avance un peu. »

E4 « ....reconnaissance dans l'équipe en tant que telle et donc pas faire un travail de police. Il faut lui donner sa place (au référent) dans l'équipe. »

En termes de soutien et de participation à la démarche qualité, **il existe des outils** proposés par le CLUD (les protocoles) mis à disposition pour les soignants *via* notamment les référents douleur. Ces outils quand ils sont utilisés semblent très bien convenir aux soignants comme le relatent les cadres, garant de la qualité dans leur service.

E2 « ...il existe des protocoles du CLUD mais je sais pas si le protocole du service correspond au protocole du CLUD »

E4 « ...c'est facile dans un service lorsque l'on a des protocoles qui sont bien ficelés ...»

E6 « c'est un outil qui est très bien »

E8 « Un confort de travail, on n'a pas les médecins, [...] on agit sur protocole, donc on gagne du temps [...] mais si on a pas l'idée au départ et bien tout tombe à l'eau. »

Au delà de la communication, des ressources, il existe également un facteur important qui est la variabilité des stratégies managériales utilisées comme nous allons pouvoir l'identifier.

➤ **Variabilité des stratégies managériales**

En première ligne, **le cadre de proximité** dont le **rôle** semble relativement **clair** et bien établi pour l'équipe de soins mais aussi du point de vue des cadres.

E1 « ... (la cadre de santé) c'est quelqu'un sur qui on peut se reposer [...] en pratique [...] son implication est très efficace ».

E2 « c'est du rôle du cadre [que] de l'initier, initier la réflexion »

E3 « à un cadre, ça serait gérer les protocoles du CLUD [...] refaire des formations MEOPA [...], c'est à lui avec le CLUD de les mettre en place »

E4 « ...ma place n'est pas d'être acteur de la prise en charge de la douleur mais de veiller à la prise en charge. »

E4 « rester vigilant à la démarche qualité »

E8 « Je ne comprends pas que l'on ne fasse pas déjà ce qu'il y a à faire. Quand on prend la température, on note, on ne dit pas il a de la fièvre et point ! Je ne comprends pas pourquoi lorsque l'on dit, il a mal, il n'y a pas automatiquement un score douleur qui corresponde. C'est le b-a ba... »

E2 « C'est de l'argumentation permanente, c'est du ...c'est un métier de vendeur de tapis. »

Il émerge des entretiens **une variabilité managériale** des cadres de santé ; **d'un management directif à situationnel**. Le rôle et les missions, s'ils semblent bien établis, il n'est pas de même pour le style de management employé par les cadres de santé dans le domaine de l'accompagnement du projet de prise en charge

de la douleur. Il existe un positionnement clair entre directivité simple (plus ou moins associé parfois à de la manipulation) ...

E4 « Je pense qu'elle a besoin d'être recadrée... »

E5 «...elle m'a dit maintenant c'est vous la référente, vous avez fait la formation. »

E5« on (le cadre) m'a dit ben voilà tu es référente douleur »

E6 « Au point de vue Douleur, je suis très positionnée... »

E6 « Elle n'a pas de prérogatives particulières [...]. Elle est responsable du classeur CLUD »

E4 « (parfois) il faut taper du poing sur la table et dire que c'est comme ça et pas autrement un point c'est tout. »

E6 « je contrôle mais c'est participatifs. Mais de temps en temps il faut contrôler. C'est normal que je contrôle. »

E6 « référent, c'est une continuité, je ne suis pas toujours là. »

E6 « j'en informerai ma référente et je mettrai ma référente comme référente CLUD, Douleur, on l'aurait toutes les deux, je la laisserai pas, je lui laisserai la tâche à faire et je serai avec elle. Je lui laisserai la responsabilité de le mettre en place... »

E9 « (la cadre,)je ne l'ai jamais trop vu s'impliquer (et nous impliquer) par rapport à la prise en charge de douleur du patient... »

E9 « (question à une référente) **Vous implique-t-elle dans la prise en charge de la douleur ?** Non, non, je n'ai rien contre elle mais non. »

*...et management situationnel.*



E4 « Le travail, il faut qu'elle se l'approprie et c'est comme ça que l'on fait bouger les choses. »

E4 « Je crois que c'est plus le management du référent douleur, le soutien. »

E7 « c'est elle qui mène la danse [...] c'est elle qui appuie pour tous les protocoles on parle de la douleur c'est clair c'est elle qui est à l'initiative. »

E4 « Le conduire sur une autonomie là-dessus, lui donner la reconnaissance dont il a besoin,... »

E8 « ...je m'appuie sur elle (la référente) [...] j'attends aussi qu'elle soit un modèle pour les autres... »

E4 « ...faire travailler l'équipe sur ses protocoles, de les faire participer... »

E4 « Management par la qualité, management situationnel et en fonction de l'autonomie de la personne »

E4 « La résistance reste de la résistance, le travail du cadre est de faire ressortir le côté positif de la procédure, ça c'est clair. »

E7 « elle sait bien que rien n'avance très vite et puis de toute façon elle (la cadre de santé) est de notre côté. »

E8 « ...elles savent qu'il n'y aura pas d'opposition de ma part »

E8 « Tout à fait favorable à toutes les évolutions possibles... »

Le style managérial n'est pas décrit simplement dans cette apparente dualité, le management dans son essence permet de mettre en œuvre des pratiques pouvant être potentialisées par des situations particulières. La certification en est une, processus d'évaluation de la qualité, elle permet un regard renouvelé sur les pratiques et crée une nouvelle dynamique.

### ➤ **L'accompagnement des pratiques par la qualité**

Il se fait par une redynamisation des équipes soignantes et managériales éprouvées dans la réalité par une démarche de contrôle certificative. La recherche de nouvelles pratiques, originales et performantes se fait pressante et nécessaire comme le montre la richesse des diverses situations énoncées ci après. Parfois nous découvrons aussi que cette démarche d'évaluation n'est qu'un feu de paille si elle ne s'accompagne pas dans les faits d'une démarche qualité au quotidien en perpétuel recommencement, pas uniquement pour la certification. Elle peut, par exemple, pérenniser des actions, des pratiques comme par l'utilisation de protocoles faisant suite à une réflexion collégiale.

E8 « ... A l'initiative du cadre bien aidé par la certification, ça a bougé ! »

E3 « pour la certification ça fait mieux »

E5 « ...la cotation douleur [...] ça se fait surtout par rapport (à) l'accréditation... »

E6 « Avec le processus de certification, cela s'est accéléré mais cela fait pas mal de temps qu'elle travaille sur un support avec le diagramme de soins »

E4 « ...une évaluation qui est opérateur dépendant mais je ne sais pas encore si c'est correctement appliqué. »

E9 « ...en fait on évalue souvent la douleur, ici. Je pense qu'elle est bien prise en charge. »

E2 « La démarche qualité c'est la barrière de sécurité mise en place pour une nouvelle gouvernance qui soit plus près de l'économie »

E8 « Après, à un moment il faut savoir aussi se remettre en question et donc se poser et réfléchir sur sa pratique »

E3 « ...on peut toujours s'améliorer dans la prise en charge de la douleur sûrement par des protocoles préétablis »

E3 « c'est clair et précis, c'est un protocole, on ne fait pas à la petite semaine. »

E3 « ...quelque chose de rigoureux, organisé. »

E3 « On applique le protocole... »

« ...les (protocoles,) je pense vraiment que cela permettrait que notre travail soit... Je pense que cela améliorerait la qualité de notre travail. Ça ne peut pas rendre notre travail pire, ça ne peut que l'améliorer et le faciliter. »

E1 « L'équipe soignante, médecins confondus ont un rôle à proprement parler, il faut savoir être à l'écoute de la douleur, savoir l'évaluer et pouvoir y répondre. »

### **On voit ici des situations impactées par des pratiques traditionnelles ... à de la nouveauté dans une démarche qualité**

Des pratiques traditionnelles ou empiriques ralentissant encore par leur prégnance l'autonomie des équipes dont les pratiques sont basées sur une symbiose avec le corps médical. L'utilisation de méthodes ou d'outils rendant les soignants autonomes existent et sont relatés par les soignants. Sans déroger aux règles et recommandations médicales ces outils permettraient une amélioration de la pratique médicale moins parasitée par des tâches administratives et favorisant plutôt leur cœur de métier tout en autonomisant les soignants.

E3 « Tout ce qui est médicamenteux est prescrit. »

E3 « les médecins anticipent [...], ils prescrivent [...] . La nuit comme ça on n'est pas obligé de les appeler... »

E3 « ...ils ont pas besoin de réécrire 36 fois donc ça fait (un) truc en moins »

E3 « Les protocoles ne sont pas validés par les médecins donc il faut nous que ça passe par notre cadre... »

E3 « ...si j'avais un protocole [...] il y aurait beaucoup moins de choses à écrire. Et puis là au moins tout le monde fait pareil. »

E3 « ...je pense que c'est un gain de temps autant pour les médecins que pour nous. »

E7 « c'est grâce à ces protocoles que l'on peut agir avant que le médecin arrive »

E8 « il faut aussi se représenter ce qu'est l'amélioration ... mais ce quelqu'un doit se rendre compte de ce que ça fait, il faut qu'il le voit, il ne faut montrer pas se contenter de le dire. Il faut le montrer pour les bons effets. »

De plus cela permet de donner une meilleure manœuvrabilité des soignants pour prendre en charge au mieux, au plus près, une douleur par un outil adapté et adaptable à diverses situations.

E2 « (les nouvelles IDE) sont davantage habituées à travailler avec des protocoles d'emblée, elles le savent ce que c'est les protocoles... »

E8 « Soigner la douleur, c'est un moment tâtonner pour trouver la bonne molécule mais autant que l'on s'autorise à tâtonner (dans la limite du protocole). »

### 7.1.3 Pratiques professionnelles et résistance aux changements

Les pratiques professionnelles que nous connaissons font apparaître au travers de ces entretiens de très nombreux éléments de résistance au changement. Il est évoqué ainsi des stratégies de prises en charge et des pratiques professionnelles entre recours au médical, autonomie, reconnaissance d'une aide extérieure en passant par

des facteurs spécifiques de résistance pouvant amener parfois à des stratégies de pouvoir.

➤ **Stratégies de prises en charge et pratiques professionnelles**

**Le recours systématisé à la prescription médicale** est favorisé coûte que coûte même dans des situations injustifiées relevant de l'autonomie de l'infirmière (action sur protocole). L'application de la règle est primordiale, le médecin ne faisant pas même l'objet d'une mise en doute, d'une réflexion sur la pertinence de sa prescription : elle est prépondérante et familière de la pratique du service.

E1 « En première intention on demande toujours aux médecins quand ce n'est pas prescrit »

E9 « (action sur prescription) Oui parce que de moi-même est-ce que j'ai le droit de mettre en place quelque chose, je n'ai pas le droit... »

E9 « ...la thérapeutique mise en place par les médecins... »

E6 « ...ils prennent (bien) en charge les patients et les traitements (ce) sont eux qu'ils les prescrivent. »

E9 «...quand quelqu'un a mal, j'en réfère à mon médecin qui me dit de faire quelque chose pour pas que le patient ait mal. Je ne vais pas me référer... au CLUD. Je ne fais pas comme ça. »

E2 « ...c'est des gens avec qui tu travailles tous les jours ...»

E1 « les stratégies thérapeutiques étaient complètement différentes d'un médecin à l'autre. »

E5 « on réclame aux médecins et ils répondent en général bien... »

E4 « ...c'est débuté sur prescription et pas forcément initié sur protocole. »

E2 « (le protocole) c'était prescrit. »

E9 « ...je n'ai jamais utilisé de protocoles sans faire référence à une prescription. »

E9 « Je ne vais pas mettre 10 parce qu'on est loin d'être impeccable, huit le patient je ne suis jamais parti en laissant le patient qui avait une EVA pas possible on ne peut pas laisser des gens comme cela et c'est pour cela que l'on appelle le médecin donc on n'a pas à faire aux protocoles. »

**Le protocole thérapeutique** peut être non utilisé parce qu'inconnu des soignants ou inutile pour une unité. Soit il est connu, applicable dans un secteur de soins et valorisé à sa juste valeur comme un outil d'amélioration de la prise en charge de la douleur du patient. L'intérêt de l'action sur protocole est comprise par l'équipe consciente de sa pertinence et de la complexité d'élaboration de celui-ci qui explique peut être son niveau de qualité en tant qu'outil.

E7 « c'est très difficile de faire des protocoles, [...] je sais pas si en dehors du CLUD, je sais pas comment c'est possible de... »

E1 « ces protocoles nécessiteraient d'être, justement d'être validés parce qu'ils datent et puis ils mériteraient d'être revus par les médecins »

E3 « il y a longtemps qu'ils ont été vus. Tout nos protocoles y datent de plus de deux ans voire plus. C'est pas valable et là franchement je pourrais pas, répondre. »

E6 « ...les protocoles ne sont pas signés parce qu'on ne s'en sert pas. »

E6 « ... on ne s'en sert pas parce qu'on n'en a pas l'utilité. »

E4 « ...il n'est pas forcément tel qu'il devrait être utilisé comme protocole... »

E1 « on a des protocoles sus (connus) »

E2 « ...les protocoles étaient bien calés, bien faits et bien appliqués. »

E1 « elles les utilisent parce qu'elles ont compris que vous c'est dans l'intérêt (de la) prise en charge du patient »

E1 « mes attentes, en pratico-pratique par exemple des protocoles bien précis ; bien précis et accessibles »

E1 « On va dire que c'est un moyen (le protocole) que je mette en place un petit peu de manière individuelle »

E2 « ...c'est nécessaire parce que ça permet une plus grande liberté, une plus grande réactivité, ça permet d'éviter que le malade ait mal... »

E7 « le but c'est d'agir sur protocole, de pouvoir de nous-mêmes, quand une patiente est douloureuse de pouvoir l'utiliser comme ça... »

Il ressort également une position originale s'exprimant dans le « *je valide mais je ne sollicite pas* » avec **un non recours au soutien transversal** du CLUD et des moyens qu'il met à disposition. Cette position avec une envie de faire mieux, de valider des pratiques et une expertise mais préférer l'attachement aux habitudes de travail en système clos comme mentionné précisément dans les extraits suivants :

E3 « ...c'est bizarre c'est souvent nous et on leur dit, ce serait peut-être pas mal d'appeler le CLUD, ils nous disent à c'est une bonne idée... »

E6 « le CLUD [...] je trouve que c'est une avancée parce que ça met les mêmes pratiques sur tout le CHU [...], nous on ne s'en sert pas. »

E5 « ...quelquefois c'est pas efficace, mais ceci dit je sais pas si on prenait le protocole CLUD s'il serait plus efficace... »

E6 « C'est tout le monde qui est concerné, même en vase clos on tourne »

E6 « Donc toute l'équipe, participe à la prise en charge de la douleur, il y a une formation interne qui se fait en plus de la formation externe »

E2 « Pour moi c'est un frein du fait que l'on n'est pas en rapport avec (le CLUD). »

➤ **Difficultés et résistance aux changements constitués d'un ensemble de facteurs d'ordre :**

**Institutionnel** avec la mise en avant d'incohérences nationales, la non adhésion à des pratiques d'un niveau stratégique élevé jusqu'à l'obstruction locale malgré la situation engagée sur le terrain pour améliorer la qualité des soins. La qualité se trouve ainsi bafouée et devient difficile à accepter par les équipes de terrain. La prudence devra être de mise quant à la puissance des réponses recueillies car seuls deux acteurs décrivent ce positionnement.

E8 « ...il y a des choses qui sont difficiles à mettre en place[...] A la culture française, ...une opposition farouche, en France il faut des décrets d'application pour appliquer les lois, en France on fait des lois pour les contourner et en Suisse, vous avez des lois pour qu'elles soient appliquées ... »

E8 « Les décisions politiques institutionnelles, c'est dans les priorités nationales, prise en charge de la douleur, c'est dans les priorités nationales, après est ce qu'on s'engage dans les priorités nationales ? Il vaudrait mieux, mais là ce n'est pas le cas. (Sur ce pole)»

E8 « Quand vous entendez dire des soignants, c'est un syndrome méditerranéen, on sait ce que ça veut dire, que c'est culturel, voilà ... quand j'entends (que) la cadre sup s'acharne [...] pour moi c'est un frein, si les ordres ne viennent pas déjà de haut, ...ça va pas faire évoluer les choses en bas. »

E2 «...la qualité qui te tombe du haut ..., à mon avis c'est voué à l'échec. »



**Temporels** liés à la multiplicité des demandes dans un laps de temps toujours plus court. Le manque de temps est très largement avancé concernant la recherche d'informations, l'investissement, le changement de pratiques...

E9 « ...je vois il faut que je me renseigne, il faut vraiment que je le fasse.[...] Parce que je ne prends pas le temps, je l'aurais le temps, je l'ai le temps... »

E1 « ...manque de temps trop de choses à faire, trop de choses à gérer en peu de temps je pense que ce n'est pas l'intention du moment, c'est pas la priorité. »

E5 « je pense qu'on n'a pas le temps, »

E5 « j'ai pas forcément le temps non plus et puis bon je suis du genre qu'est-ce que tu as encore à gueuler dont c'est vrai que... »

E2 « ...je pouvais difficilement ajouter un centre d'intérêt de plus à ce que je faisais déjà parce que ça m'aurait pris encore plus de temps. »

E7 « (la cadre ne) peut pas non plus nous garder trois heures après la relève... »

E5 «... je ne m'y investis pas autant (que) je devrais, par manque de temps. »

E8 « C'est un des moyens pour autant que ceux qui les appliquent les protocoles aient la volonté de l'appliquer, ... ça prend du temps ! »

De plus le rapport au support de travail semble impacter négativement les soignants qui font état de toujours plus de paperasseries qu'il s'agisse d'informations ou d'outils comme les protocoles.

E5 «papier paperasserie on à marre à force d'avoir du papier.[...]sur le terrain c'est appréciable quand quelqu'un vient nous expliquer ... »

E5 « On a un classeur, y a des protocoles, des choses comme ça, moi je sais qu'il y a sur Internet mais je suis la seule à regarder ... »

E7 « Des papiers et des papiers c'est sûr que ça ralentit forcément. »

E7 «qu'il y ait beaucoup de papiers je trouve que ça complique les choses [...] on se perd un peu, on lit pas trop... »

E7 « c'est toujours des feuilles et des feuilles que l'on rajoute dans des classeurs et puis voilà. Il faut mettre partout on a l'impression de ne faire que ça. »

La vigilance des soignants est aussi mentionnée dans le constat par 2 cadres qui s'interrogent sur le frein que pourrait impacter un défaut d'attention des soignants dans le processus de prise en charge de la douleur.

E4 « ...les freins qu'il pourrait y avoir, c'est le défaut d'attention. »

E4 « le frein pourrait être là avec des soignants qui sont pas attentifs à la douleur »

La question du coût comme résistance au changement n'a par contre été relevé qu'une seule fois.

E8 « Ça coûte cher. Pour l'instant c'est ce qui me bloque,... »

**Psychologiques** avec une action importante sur leurs comportements face à des situations nouvelles.

Des expressions de la peur sont mises en avant dans la pratique quotidienne par rapport à des actes pas ou peu connus. Les manifestations de la peur semble trouver une importance plus particulière avec certaines comme la PCA.

E2 « ...un des freins majeur c'est la peur ; c'est la peur (Par rapport aux protocoles)»

E2 « c'est aussi cette peur de dire tiens c'est marqué mais est ce que je le fais. »

E5 « ... c'est vrai que la PCA c'est un peu la trouille »

E5 « ... Le gros gros problème c'est que tout le monde a peur de la PCA »

E5 « ...quand la PCA se met à sonner, c'est un peu l'affolement général; on sait pas trop comment ça fonctionne... »

5 « ... je ne peux pas dire si ce sont des freins c'est plus une méconnaissance des choses que l'on pourrait faire autre, de marcher avec un certain système, qui marche. »

E6 « je trouve qu'elles n'ont plus peur »

E4 « ...tout changement de procédure est difficile »

Sur le même registre de la peur, il est exprimé une résistance liée à une forte prégnance des habitudes et de la difficulté à modifier des pratiques pouvant parfois générer de l'inconfort.

E4 « Je crois que c'est fonction des habitudes, je pense que c'est plus les habitudes. »

E9 « (travailler sur protocoles,) on n'a pas l'habitude de faire comme ça pourtant la douleur on en parle, c'est primordial. Je pense vraiment que c'est parce que l'on n'a pas l'habitude de faire comme ça, on appelle, le médecin passe, il écrit sur la feuille de prescription... Il faut que ça rentre dans les mœurs... »

E6 « c'est une petite équipe, c'est notre fonctionnement [...] ça reste toujours en gros le même type de traitement. »

E7 « Il faut du temps vers les protocoles, pour les diffuser, que ce soit signé,..., c'est toujours difficile. »

E8 « Tout ce qui est mis en place, toutes les organisations.(dérange le confort du soignant) »

**Organisationnels** relevant de contraintes institutionnelles diverses.

La nécessité d'un management horizontal du CLUD et des référents douleur est relevée dans un seul entretien émanant d'un cadre de santé qui estime plus logique d'accompagner les équipes avec l'expertise que nous possédons.

E4 « ...il manque un management transversal de la douleur et de la qualité globale de cette entité CLUD. »

E4 « il manque dans la hiérarchie du CLUD, [...] un cadre Sup ou un cadre en mission en fonction transversale qui fasse le retour sur le (travail du) référent douleur. »

Des facteurs plus isolés générateurs de résistance ont été abordés comme :

E2 « (le *turn over*) est un des facteurs (de résistance au changement) »

E6 « on a eu un peu de mal à travailler parce qu'on est avec une feuille de surveillance qui était la feuille de température »

E7 « on n'a pas ces protocoles et donc on se retrouve bloqué »

**Corporatistes** de par la cohabitation de différents métiers, aux positionnements et visions différentes.

Le positionnement des sages femmes semble poser des problèmes aux infirmières tout comme au cadre de santé infirmier. Il existe des divergences dans les pratiques, l'interprétation et la formation concernant la prise en charge de la douleur.

E7 « j'étais dans un service [...] beaucoup plus difficile, j'avais beaucoup plus de liberté, beaucoup plus de choses pour calmer les patients alors qu'ici [...] les sages-femmes [...] peuvent prescrire en termes d'antalgiques. Sinon (elles font) la même chose que nous et après elles doivent faire appel à un médecin »

E8 « ... entendre dire par une cadre sage-femme que les échelles EVA, on ne peut pas les utiliser parce que si l'on demande à une femme combien elle a mal pendant une contraction elle va dire 10 et entre 2 contractions elle dira 2, donc ce n'est pas significatif. »

E8 « ... on entend que c'est ridicule, que ça ne vaut pas la peine pour une prise de sang, que ce n'est pas la peine chez les adultes alors il est vrai que là on a besoin d'une aide. »

E8 « ... c'est extrêmement difficile et d'autant plus qu'une sage-femme du secteur est formée, donc on n'est pas au bout. Sur les 14 infirmières qui gravitent elles sont à 11 formées... »

E9 « ...elle ne donne pas cette formation là, au MEOPA. Je pense que c'est très important parce qu'on l'a dans le service alors que l'on n'est pas formé ? Ça c'est un frein. Si ce n'est pas pour qu'on l'utilise, je ne vois pas à quoi ça sert, franchement. Là oui il y a un frein. »

Les médecins se positionnent de façon variable par rapport aux soignants et leur vision de la prise en charge de la douleur. Les priorités médicales ne sont pas obligatoirement celles des soignants et plus particulièrement concernant la douleur.

E9 « Si, les chirurgiens nous disent que l'EMLA® ce n'est pas utile, ils ne veulent pas, c'est un frein, ou pourquoi ils ne veulent pas ?... Je ne me suis jamais trop posé la question, pourquoi refusent ils l'EMLA® pour les ponctions lombaires. Les médecins sont peut-être un frein ... L'équipe soignante, je ne crois pas qu'il y ait des freins. »

E5 « Les Protocoles du CLUD pur, NON, j'utilise pas parce qu'en fait on utilise des protocoles qui sont du service [...] les anesthésistes [...] ont leurs protocoles qui sont sensiblement les mêmes... »

E4 « (l'implication dans la prise en charge de la douleur) dépend de l'équipe médicale »

E7 « ... un médecin n'est pas forcément très disponible et qui sont très souvent au bloc opératoire »

### ➤ **Stratégies de pouvoir**

Il émerge des entretiens des prises ou des revendications de pouvoir pouvant apparaître principalement de deux catégories professionnelles aux intérêts distincts.

**Au niveau médical** la résistance au changement semble s'exprimer par une prise de positions du « pouvoir médical » par rapport à la liberté de prescription.

E2 « ... la volonté personnelle de chaque médecin d'avoir une attitude individuelle et individualisée ; il est de ma liberté de prescrire... »

E2 « Les médecins sur le terrain ils disent mais pourquoi j'ai besoin d'un médecin du CLUD pour me dire ce qu'il faut pour calmer les malades. »

E1 « il n'y a pas un petit clivage entre le médical et le paramédical ? »

E1 « ...il n'y a pas eu de collaboration (pour les protocoles) entre les équipes paramédicales et médicales »

E7 « c'est vrai que ce médecin on ne le voit jamais, il ne vient pas donc on est obligé de le faire contresigner par quelqu'un la prescription. »

E7 « L'équipe médicale, ce qui est assez compliqué ici c'est que il y a énormément d'intervenants »

**La légitimité du référent** est largement exprimée, qu'il s'agisse des cadres ou des infirmières. Il apparaît dans les entretiens que le cadre, organe stratégique de l'équipe devrait déléguer son pouvoir au référent douleur et légitimer sa position auprès de tous les intervenants. Des limites sont avancées tout comme les points positifs caractérisant les référents auprès des équipes.

E2 « Si tu as des médecins qui valorisent les infirmières, qui leur donnent des initiatives, qui s'assurent qu'elles ont une compétence et qu'ils ont pas besoin d'y revenir dessus alors ça marche »

E2 « Je crois que c'est (le cadre de santé) un des verrous, il faut travailler avec et c'est lui qui va ouvrir la porte des équipes. »

E2 « (le pouvoir du référent) ce n'est pas passé dans les mœurs »

E2 « On est encore dans des rapports de confrontations »

E4 « (le pouvoir de la référente) peut effectivement donner lieu à des difficultés avec des gens qui ont besoin de plus de nuances »

E2 « ... (les référents) ils sont dans une position très casse gueule. »

E5 « ...je suis une collègue donc ça reste « t'es gentille mais bon, on n'a pas le temps, t'es gentille mais bon ...voilà »

E2 « une prise de pouvoir entre ceux qui avaient un peu l'habitude et ceux qui étaient moins habitués, entre les vieux, les jeunes... »

E7 « On se trouve un petit peu impuissant et entre deux eaux ce qui rend les choses pas faciles. »

E4 « ...le rôle de cadre est de légitimer vraiment le référent dans sa fonction »

E3 « En tant que référente douleurs oui, je pense que oui. Elle sera plus reconnue que lui (le cadre de santé). »

E2 « ...(un) référent, il faut qu'il ait un pouvoir sinon il n'a que le pouvoir incantatoire de dire ce qu'il faut faire, sans aucun moyen de vérifier que c'est fait »

E5 « on a quand même un petit peu un certain pouvoir [...] on nous donne cette légitimité»

E9 « Ce n'est pas une infirmière (la référente douleur) qui se met en avant, tous les jours elle parle de la douleur, on sait qu'elle est référente douleur donc on va aller de nous-mêmes ou bien elle va venir nous donner des conseils. »

E4 « ...elle a le pouvoir, c'est avant toute une référence... »

E9 « **Est-ce que c'est quelque chose que tu acceptes ?** Des conseils, oui, c'est comme cela que l'on avance. »

#### 7.1.4 Synthèse de l'analyse descriptive

Au travers de cette analyse descriptive, les soignants interrogés nous font partager un discours très riche nous ayant permis de le catégoriser en trois axes forts.



Le champ des représentations a été abordé dans un premier temps au regard du CLUD, des disparités professionnelles dans l'interprétation de la douleur ainsi que sa prise en charge et par le phénomène de peur de l'inconnu, de la nouveauté comme le protocole.

Les structures ou les intervenants de l'institution principalement concernés comme le CLUD, le référent douleur, le système de formation prennent une dimension particulière et prépondérante pour évoquer les éléments de contexte dans lequel évolue l'analyse. Les interprétations variables de mêmes données sont exprimées par les professionnels de santé nous faisant part de l'impact de celles-ci sur les moyens de prise en charge de la douleur dans les unités de soins. La perception d'une instance transversale comme le CLUD est variablement perçue par la population interrogée tout comme la représentation de la douleur et sa prise en charge. La peur paralyse beaucoup, la peur de l'inconnu, du protocole notamment, est relevée dans les entretiens comme un élément important en terme d'interprétation de la réalité qui est parfois perçue de façon fantasmatique.

Les stratégies professionnelles déployées et l'accompagnement des pratiques se font dans une approche qualité à différents niveaux.

La communication prend une large place, elle est rapportée comme déficitaire par moment mais pouvant être améliorée grâce à trois vecteurs d'informations (le cadre de santé, le référent et le système d'informations). Il existe des ressources institutionnelles qui en collaboration avec les services de soins permettent d'améliorer les pratiques et élever le niveau de qualité notamment sous l'impulsion conjoncturelle de la certification de la HAS. Le recours au soutien opérationnel du CLUD, aux compétences des référents permettent, entre autres, de mener à bien le projet de prise en charge de la douleur. L'accompagnement de celui-ci va être associé à des stratégies managériales variables allant de la directivité pure au management situationnel convenant (d'après les données recueillies) visiblement mieux d'un point de vue de la qualité. L'accompagnement des pratiques par la qualité prend tout son sens par une orientation des pratiques soignantes et

managériales axées vers la nouveauté et l'autonomisation des soignants tournant ainsi le dos au champ de la tradition.

Les pratiques professionnelles avec l'utilisation des protocoles sont également impactées par de la résistance au changement comme cela est maintes fois relaté dans les différents récits.

Des pratiques professionnelles sont privilégiées comme la prescription médicale et le protocole thérapeutique l'une sans l'autre ou l'une et l'autre. Certains relatent même valider un élément structuré comme le CLUD et ses outils mais ne le sollicitent pas ; pour quelles véritables raisons ? La résistance au changement s'identifie plus aisément dans les difficultés rencontrées par des facteurs environnementaux, psychologiques ou organisationnels aboutissant à l'apparition de freins et de prises de positions relevées comme corporatistes. Des prises de pouvoirs médicales s'entrechoquent avec à l'impérieuse nécessité des soignants d'obtenir un degré d'autonomie suffisant à l'accomplissement optimal de leurs pratiques. La délégation d'un certain pouvoir au référent passe par la légitimation de celui-ci de la part de son cadre de santé, de ses pairs et de la communauté médicale afin de mener à bien les missions lui incombant.

L'analyse descriptive dès lors élaborée, nous allons concevoir une analyse explicative au regard du cadre théorique élaboré dans la première partie du mémoire.

## **7.2 Analyse explicative**

Cette analyse reprendra les éléments de l'analyse descriptive qui seront tour à tour étudiés. Nous interpréterons les données recueillies en établissant un lien avec les différents concepts que nous avons privilégiés. L'approche des trois thèmes évoqués précédemment se fera dans une recherche de liens afin de mieux appréhender l'intérêt des différents éléments entre eux.

Nous nous intéressons initialement au domaine des **représentations**, celles-ci apparaissant comme « [...] *une image mentale et par essence particulière à un individu, elle est foncièrement subjective et par conséquent non partageable : par principe deux représentations ne peuvent être identiques pour deux individus, puisqu'elles ne sauraient être réunies dans une seule et même conscience* »<sup>115</sup>. Ainsi nous pouvons le vérifier dans nos entretiens dont les acteurs ont des représentations individualisées du CLUD que l'on peut catégoriser en deux ensembles.

D'un côté sont avancées des représentations du CLUD comme étant une instance dont les missions sont connues par le plus grand nombre mais qui paradoxalement est qualifiée par certains comme une entité inconnue. En réalité ils n'ont pas une méconnaissance du CLUD en temps que tel mais plutôt en terme de représentation, le comité est une abstraction, il n'est pas matériellement palpable. Le CLUD est souvent cité, mis à contribution mais ne correspond pas véritablement à l'image d'une aide concrète sur le terrain. Un cadre décrit bien cette représentation : (E2) « [...] *pour moi c'est une entité qui existe sur le CHU mais qui sur le terrain [...] j'ai jamais rencontré donc je les ai jamais rencontré, je ne sais pas qui c'est !* » [...] *c'est quelque chose qui est décalé des soins, c'est une véritable entité qui est posée à côté des soins*».

D'un autre côté de nombreuses personnes le décrivent correctement selon nous à sa juste valeur. ( E5) « *Le CLUD [...] existe en fait pas réellement mais c'est vrai que c'est un mot CLUD.* » (E1) «*(c'est) un comité qui bien entendu, [...] le but est d'améliorer la prise en charge de la douleur chez le patient hospitalisé* ».

Le CLUD se trouve ainsi décrit entre la tour d'ivoire et le sauveur ce qui trouvera toute son importance en fin d'analyse explicative.

Pour constituer le CLUD, l'existence réelle du référent douleur est un élément très apprécié des soignants du fait qu'il apporte des compétences nouvelles et spécifiques dans le domaine de la prise en charge de la douleur (E6) « ... *elle donne*

---

<sup>115</sup> MAURICE, L., « Aux frontières du concept et de la représentation », Colloque Jeunes chercheurs, Université Jean Moulin, Lyon III, 14 Mai 2004.

*des conseils à la relève, elle peut se positionner, [...] elle peut être aidante et même une ressource.*» Le positionnement des référents au sein de l'équipe permet d'obtenir une action rapide sur le terrain si besoin et légitimer leur positionnement situé à l'interface entre le CLUD et l'équipe. Le référent est un pair et ce pair est un peu du CLUD ce qui permet de tisser du lien entre la réalité du terrain et la réalité institutionnelle.

Parallèlement les actions de formations menées par les référents experts permettent de mettre en exergue la valeur ajoutée apportée par ces sessions faites sur le terrain, très souvent à l'initiative du référent. Il doit en effet « *assurer le relais entre l'équipe de référents experts du CLUD et l'unité fonctionnelle dont il dépend* »<sup>116</sup>. Il trouve ainsi pleinement sa place en tant que relais de ces formations dont il pérennisera l'apport au quotidien auprès des équipes de soins.

Le CLUD apparaît donc ainsi comme une entité empreinte de représentations composées des ressources du terrain, les référents, dont l'une des missions est, entre autres, la formation au-delà de la mise en pratique de leurs compétences spécifiques. Cet élément de contexte permet ainsi de mieux comprendre pourquoi il existe des disparités dans l'interprétation de la phénoménologie de la douleur tout comme dans sa prise en charge.

En effet, les personnes interrogées nous ont fait part de la variabilité de prise en charge pouvant exister en fonction des catégories professionnelles. Aux yeux des soignants, leur regard est tourné vers les professions médicales qui n'ont pas le même niveau d'empathie par rapport à « *la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants* »<sup>117</sup> en

---

<sup>116</sup> Profil de poste, Référent douleur infirmier de service de soins, CHU Toulouse, 2007, V1.

<sup>117</sup> Op.Cit., [www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr)

application de la loi n° 95-116 du 4 février 1995. (DGS/DH 95/22, 6 mai 95). Le rapport à la douleur, la traduction de l'intensité douloureuse semblent être influencés par le cursus de formation dans lequel le professionnel de santé s'inscrit. Médecins et sages femmes ne semblent donc pas se représenter la même notion de douleur que les infirmières.

Le degré d'empathie est difficile à déterminer, peut être s'agit-il d'un élément pouvant effectivement expliquer cet écart ? Pourquoi ne pourrait-on pas envisager la frustration des soignants tenus en échec devant une situation de douleur sans pouvoir répondre à une demande d'antalgique car bloqués par la rigidité de certaines prescriptions médicales. La réponse de l'un des cadres l'atteste (E8) « ...je vous ai donné quelque chose et maintenant il faut attendre 2 heures, jusqu'au jour où on m'a fait cette réponse là et c'est la pire des réponses que l'on puisse faire à quelqu'un qui a mal. ». Humainement la souffrance ne leur convient pas, elle ne fait pas partie de leurs représentations de soignants censés soigner, soulager la souffrance physique et morale de leur patient.

Ce positionnement ne suffit pas à expliquer pourquoi certains soignants sont très demandeurs d'antalgiques pour leurs patients alors que d'autres sont même prêts à ne pas administrer certaines thérapeutiques : « *Le médecin prescrit trop peu et trop peu souvent les opiacés, l'infirmière administre moins et moins souvent que prescrit* »<sup>118</sup>. Scientifiquement prouvé c'est probablement l'une des réponses possibles.

Par ailleurs nous avons pu démontrer l'existence de la peur dans les attitudes des soignants. La peur est présente dans de nombreuses situations plus particulièrement lorsqu'il existe une composante novatrice. La peur se manifeste par une négation de l'élément nouveau en passant par une phase de repli sur soi, sur ses pratiques ; l'équipe est l'élément rassurant permettant de retrouver les habitudes.

---

<sup>118</sup> ODEN, R.V., « *Management of Postoperative Pain* », *Anesthesiology, Clinics of North America*, 1989, 7: 1-17

Ainsi est-il rapporté dans les entretiens des attitudes de peur par rapport à la PCA, par rapport aux protocoles d'antalgie du CLUD. (E2) « *Dès que cela passe un peu autre... Le vieux recours au médecin, le vieux schéma, le recours au médecin, il vient évaluer et c'est lui qui donne l'ordre parce qu'il est plus compétent...* ». Les représentations de l'infirmière dévouée au médecin reprennent le dessus, les vieux schèmes convergent volontiers vers le chemin des pratiques pour se rassurer face à la nouveauté. Cette attitude s'explique parfois par de la méconnaissance à l'égard d'une technique ou d'une procédure.

Mais il est aussi le phénomène de peur lié à des ancrages puissants dans des habitudes pouvant freiner les acteurs du soin dans leurs pratiques et les amener à se cristalliser sur leurs positions.

Le champ des représentations apparaît ainsi comme un élément fort du regard à porter sur les moyens de la prise en charge de la douleur et ses répercussions dans la pratique quotidienne. Dès lors pourrions-nous procéder à l'analyse explicative portant sur les stratégies professionnelles et l'accompagnement des pratiques dans une approche qualité après avoir éclairé précédemment des éléments de contexte primordiaux.

Dans le cadre de la **démarche qualité**, il existe des **stratégies professionnelles** diversement déroulées ainsi qu'un **accompagnement variable des pratiques** au quotidien. Pour suivre les données émises par les professionnels interrogés nous allons procéder en l'analyse de 4 aspects concernant la **communication**, les **ressources** relevant de la qualité, la variabilité des **stratégies managériales** et pour terminer **l'accompagnement des pratiques professionnelles par la qualité**.

Il existe des limites concernant, les moyens de **communication** du CLUD et au sein même de l'équipes concernant la problématique douleur. Un des déficits évoqués passe par une carence dans la diffusion d'informations (*cf.* Paragraphe 6.1.2) allant de la connaissance à l'application des protocoles, outils mis à disposition par le CLUD et censés améliorer la qualité des soins. Cette diffusion peut s'effectuer de

manière institutionnelle *via* le CLUD ou grâce aux personnels engagés dans le dispositif de démarche qualité du CLUD en tant que référents. L'amélioration du système de communication doit pouvoir trouver toute sa place et contribuer à l'amélioration de la qualité par une optimisation de celui-ci concernant la ou les méthodes à mettre en place. La communication pourra ainsi être renforcée grâce au soutien de professionnels de la communication plus performants dans la conduite de stratégies d'amélioration dans ce domaine. Afin de déterminer le niveau utile et suffisant pour favoriser la transmission d'informations une évaluation initiale pourra être proposée afin d'initier un processus qualité dans ce domaine.

L'institution met en place **des ressources** pour améliorer la qualité des soins avec le soutien opérationnel du CLUD au travers d'un système composé de référents douleur médicaux et majoritairement soignants. Ces personnels formés représentent un soutien dans le domaine de la prise en charge de la douleur au quotidien auprès des équipes de soins, épaulés par des équipes mobiles expertes concernant la douleur et ou les soins palliatifs. Les moyens humains, s'ils sont le maillage utile et nécessaire à la diffusion d'informations, de bonnes pratiques et de réflexions, doivent être soutenus par des moyens spécifiques de prises en charge comme les protocoles antalgiques. Ces outils, proposés en soutien permettent une autonomisation des équipes dans le processus de prise en charge de la douleur sans toutefois revêtir un caractère obligatoire mais répondant à des exigences qualitatives et quantitatives. Le protocole antalgique devient ainsi un soutien dans la démarche qualité en ce sens qu'il participe en une meilleure prise en charge du patient en termes de rapidité et de flexibilité thérapeutique pour le soignant. Certains soignants sont réticents à l'utilisation d'un protocole ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas tous le même degré de maturité, comme nous l'expliquent Paul Hersey et Kenneth H. Blanchard.<sup>119</sup> Le rôle du cadre de santé tient ainsi toute sa place concernant le pilotage de la qualité au quotidien avec la contribution des équipes soignantes.

---

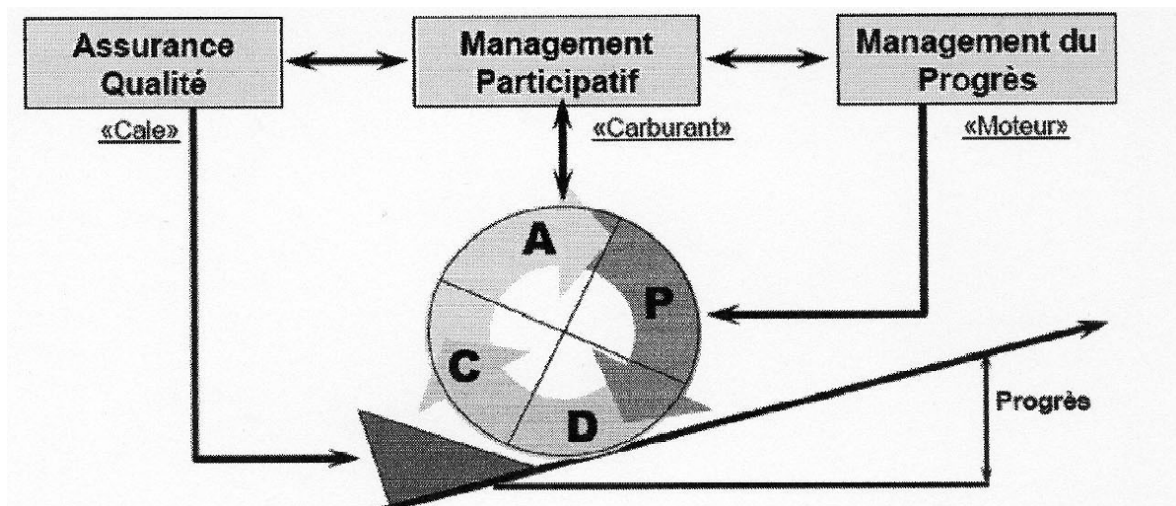
<sup>119</sup> LETEURTRE, H., et al., *op.cit.*

**Les stratégies managériales** vont donc jouer un rôle central dans le processus de prise en charge de la douleur dans un contexte d'amélioration de la qualité (cf. Paragraphe 3.1).

Le cadre de santé, au cœur du management de proximité d'une équipe de soins est reconnu dans ses actions par les soignants qu'il dirige. Ses missions semblent connues de tous. Son positionnement en tant que garant de la qualité est effectif comme le rapporte (E4) qui spécifie qu'il faut « *rester vigilant à la démarche qualité* » ainsi que (E8) « *Je ne comprends pas que l'on ne fasse pas déjà ce qu'il y a à faire. Quand on prend la température, on note, on ne dit pas il a de la fièvre et point ! Je ne comprends pas pourquoi lorsque l'on dit, il a mal, il n'y a pas automatiquement un score douleur qui corresponde. C'est le b-a ba...* ». De ce fait cela implique un positionnement ferme que l'on voit par contre traduit au quotidien de façons différentes. Certains cadres vont plutôt favoriser un management directif et volontiers persuasif. Ils sont aisément dans une attitude paternaliste au quotidien comme nous avons pu le voir avec E6 « *Elle n'a pas de prérogatives particulières [...]. Elle est responsable du classeur CLUD [...] référent, c'est une continuité, je ne suis pas toujours là. [...] je contrôle mais c'est participatif. Mais de temps en temps il faut contrôler. C'est normal que je contrôle.* ». Le référent est formalisé sur le terrain et auprès du CLUD, il n'a pas d'activité opérationnelle autonome et le cadre prend une place indispensable dans l'équipe concernant la douleur. Dans ce service nous savons que le management est de type exclusivement directif et que les informations ou les ressources extérieures sont peu exploitées (formations internes privilégiées, recours systématisé au médecin, pas de protocoles CLUD validé...). Ce type de management n'est pas valorisant pour le référent qui n'a pas que de faibles capacités d'actions, une faible autonomie malgré des compétences et des connaissances (diplôme universitaire de prise en charge de la douleur). Ceci devient donc un frein à la démarche qualité compte tenu des possibilités qui pourraient être mises en œuvre et qui ne le sont pas. Le cadre de santé va ici prioriser la tâche au détriment du développement de l'individu.



Parallèlement il existe majoritairement un style d'exercice du management plus orienté vers une approche managériale de type situationnelle. Celle-ci s'appuie sur les diverses possibilités managériales existantes en passant alternativement du directif au participatif en fonction des évolutions du contexte. Ceci permet une plus grande place à l'investissement personnel des agents, est source de motivation et s'inscrit complètement dans un processus de démarche qualité.



Corinne Dahan – Vincent Pierre – Sylvain Puyau – Master 2 Psychologie du travail et ingénierie des ressources humaines – Université de Nice - Janvier 2008

Le cadre procède ici à un management favorisant au contraire le développement de l'individu par rapport à des actions centrées exclusivement sur la tâche. Dans l'entretien E4 il est mentionné l'intérêt porté à l'autonomisation des agents en particulier le référent douleur, il faut « *Le conduire sur une autonomie là-dessus, lui donner la reconnaissance dont il a besoin, ...* » et (E8) de dire « *...je m'appuie sur elle (la référente) [...] j'attends aussi qu'elle soit un modèle pour les autres...* ». De plus cela doit se faire de manière adaptative en fonction du degré d'autonomie de la personne par un (E4) « *Management par la qualité, management situationnel et en fonction de l'autonomie de la personne* ». L'autonomie ne doit cependant pas être poussée à l'extrême au risque d'échapper au pilotage du cadre de santé. Dans ce cas

là « *la délégation de pouvoir excessive peut être destructrice de valeurs* »<sup>120</sup>, être contreproductive pour l'entreprise et favoriser la non qualité. Le recours à certaines procédures permet ainsi de gommer ce genre d'imperfection permettant de mettre en place un cadre d'actions pour des activités sensibles, « *Les salariés doivent suivre certaines procédures pour tous les aspects de leur rôle relatif à la précision et à la prudence* »<sup>121</sup>.

Les pratiques managériales accompagnants le processus de démarche qualité ne sont pas choses aisées. Nous avons vu que le management par la qualité favorise le management de type situationnel. Le choix se porte ainsi favorablement sur un management participatif afin d'associer l'agent au processus de décision et délégatif pour le responsabiliser dans la tâche sans toutefois que le cadre de santé perde le contrôle du pilotage du ou des personnels<sup>122</sup>.

Nous avons pu voir que dans le processus de **démarche qualité** énoncé par les professionnels de santé il existait deux niveaux dans l'**accompagnement** de celle ci.

Les équipes soignantes se retrouvent impactée par un processus de démarche qualité encadré par des critères spécifiques d'évaluations imposés par la HAS et auxquels ils doivent répondre et s'accorder. La démarche de certification devient ainsi un levier pour l'institution dans l'accompagnement des pratiques professionnelles mais permet aussi une réflexion associée au développement de moyens performants. Le but d'une démarche de certification étant de procéder à une évaluation de pratiques mises en œuvre partout et tout le temps. D'un point de vue opérationnel il est utopique de penser que cette démarche soit valide avant ou après le passage des

---

<sup>120</sup> BUCKINGHAM, M., COFFMANN, C., *Manager contre vents et marées*, Pearson Village Mondial, Paris, 2008, p. 119.

<sup>121</sup> *Ibid*, p. 117.

<sup>122</sup> MAURICE, P., *Introduction au management situationnel*, Cours IFCS, Toulouse, 2009, p. 30-31.

expert visiteurs de la HAS comme l'exprime un agent dans l'entretien E5 (cf. Paragraphe 6.1.2).

L'intérêt doit ainsi être porté sur des systèmes et des outils permettant de dynamiser une démarche qualité au quotidien. Les protocoles d'antalgie du CLUD ont vocation à contribuer à cette démarche et constituent un moyen novateur pouvant associer tous les acteurs du soin en une quête d'amélioration des pratiques au-delà de la recherche d'une image à un moment donné.

Dans cette démarche novatrice le but n'est plus de se conformer simplement au minimum requis par un référentiel de certification pour valider des critères de conformité. Les hôpitaux du troisième millénaire ne peuvent plus se contenter d'une obligation de moyens, l'excellence est requise pour pouvoir continuer à exister et être performant dans une obligation de résultats. Une dynamique d'implication s'impose ainsi au quotidien à l'ensemble des acteurs du soin par rapport à la conduite de la démarche qualité. L'avenir passe par des ressources, des systèmes de communications, des stratégies managériales renouvelées et validées à grande échelle comme par exemple la méta-analyse de la *Gallup Organization*<sup>123</sup>. L'harmonisation doit être de mise par le consensus malgré les risques de frustration créés par ce dernier dans une société en perpétuel changement et soumise à des stratégies de pouvoirs.

Les **pratiques professionnelles** sont aussi en prise à de la **résistance au changement** au niveau des systèmes de prises en charge, de sources de difficultés et de stratégies variables du pouvoir.

Le recours systématisé à la prescription médicale peut s'expliquer par un phénomène individuel de repli sur soi par manque de sécurité, de confiance en soi ou de capacités jugées insuffisantes associées à un « *esprit de clocher* », comme

---

<sup>123</sup>BUCKINGHAM, M., COFFMANN, C., *op.cit.*, p. 256.

l'ont catégorisé Brenot et Tuvée en 1996<sup>124</sup>. La prescription est la seule pratique jugée valide par certaines équipes même s'il existe d'autres alternatives comme le protocole.

Cette négation d'un autre possible s'inscrit probablement dans ce que Marguerite de Navarre évoquait dans « *l'action de résister moralement à ce que l'on subit* »<sup>125</sup>. Ceci peut ainsi expliquer une certaine forme de résistance au déploiement des protocoles antalgiques sur le CHU, source de changements dans les pratiques de prise en charge de la douleur.

Cependant, cette notion de résistance au changement face aux protocoles d'antalgie a été diversement perçue. Bon nombre de services se sont ralliés à ces outils soutenus par le CLUD à l'origine du pilotage et par le réseau de référents douleur chargé de diffuser l'information. Un travail éreintant pour ces derniers qui ont dû informer, former les personnels et l'encadrement pour faire accepter ces nouvelles pratiques, sources de forte résistance au changement. Une stratégie par le surapprentissage avait été empiriquement privilégiée en espérant des résultats à court terme, ce qui ne fut pas le cas et nous oblige à nous interroger aujourd'hui sur l'impérieuse nécessité d'une nouvelle approche tactique. Les différentes théories s'accordent généralement à dire qu'il faut pour vaincre la résistance au changement, rendre les personnes actrices du changement, susciter l'intérêt individuel et impliquer d'un point de vue du style managérial les subordonnées, principaux vecteurs de résistance comme l'évoquent Kanter, Stein et Jick en 1992.

Il existe aussi comme vu précédemment la gestion d'une frange fantasque organisée autour du « *je valide mais je n'adhère pas, je ne sollicite pas* ». Cette position décrite, empreinte de résistance au changement est un élément difficile à contrôler car porteuse d'un double langage. L'aspect majeur de ce style de comportement est qu'il risque en effet de mener à des situations de sabotage comme le catégorise Carton en 1997 avec l'inertie, l'argumentation, la révolte et le sabotage.

---

<sup>124</sup> BRENOT, J., TUVÉE, L., *op.cit.*, p. 91.

<sup>125</sup> MARGUERITE DE NAVARRE, *op.cit.*, p. 86.

L'attachement aux habitudes est plus fort et rassure encore une fois mais ici dans ce qui semble appartenir à une vraie mauvaise foi.

Au-delà des outils et des pratiques qui s'y rapportent, **d'autres facteurs** spécifiques impactent le quotidien des soignants en **général des phénomènes de résistance au changement**.

**Au niveau institutionnel**, des incohérences ont été mises en avant lors de l'analyse descriptive pouvant amener à s'interroger sur le positionnement d'acteurs locaux face à la prise en charge de la douleur. Aux prises avec les impératifs de terrain, les injonctions nationales, et des sentiments personnels paradoxaux qui en découlent. (construction de la phrase, SVP, que voulez-vous dire ?) Le changement est le résultat de contradictions, comme le souligne Marx, associé à des données de contexte interne ou externe qui l'impacte.

**Des facteurs temporels** sont largement évoqués par le manque de temps. Ce rapport au temps est très important dans la vie d'un personnel hospitalier avec le temps de travail, le temps de pause, l'obligation annuelle de travail, les contretemps, le mi temps, le plein temps, etc. Cette donnée puissante peut alors constituer un élément, un levier important pour engendrer une source de résistance au changement. Ne pas changer la donnée du temps que je connais. Le changement de temps peut être amalgamé au changement d'horaire qui, s'il est modifié pour pérenniser le collectif d'équipe, retentit sur les intérêts individuels et provoque de la résistance. Kotter et Schlesinger ont d'ailleurs bien défini cette donnée par l'analyse de l'attitude des individus face aux changements et qui déploient des mécanismes de défense pour neutraliser cette situation.

De plus **le rapport au support de travail** semble impacter négativement les soignants qui font état de toujours plus de paperasseries, qu'il s'agisse d'informations ou d'outils comme les protocoles. La nouveauté, formalisée sous cette forme serait probablement aussi mal accueillie en version électronique comme l'atteste la faible fréquentation des portails dédiés à ces outils et informations spécifiques.

**D'un point de vue psychologique** il existe une importante corrélation entre processus inconscient et résistance aux changements face à des situations nouvelles.

S.Freud décrira ce rapport à l'inconscient dans *Étude sur l'hystérie* (1895) et reprendra cela plus tard dans la seconde topique où il élaborera la cartographie des phénomènes psychiques avec l'articulation du ça, du Moi et du Surmoi. La puissance des phénomènes psychiques permet de mieux comprendre la complexité de la résistance au changement si nous nous appuyons sur les définitions du phénomène dans son approche psychologique (*cf.* paragraphe 3.2.1).

De plus s'y ajoute un **facteur complémentaire : la peur**. Peur probable de ne pas arriver à développer de nouvelles compétences et d'être en proie au regard de l'autre (qui me juge). Cette situation, surtout retrouvée dans les situations nouvelles, renvoie souvent à des représentations subjectives de pratiques non maîtrisées ou empreintes de connotation négative. La peur de la PCA en est une avec le rapport à la mort au travers de la morphine (« mort fine »), la fin du temps, une fin pour soi, situation hypothétique d'un danger imminent qui paralyse et crée un repli sur soi de façon individuelle ou collective. Vaincre cette peur est possible par la démystification et l'accompagnement des soignants par des équipes compétentes dans l'utilisation de la PCA et des opioïdes.

**D'un point de vue organisationnel la nécessité d'un management horizontal** se fait sentir sur le terrain tant au niveau des cadres de santé que des soignants.

E4 « ...*il manque un management transversal de la douleur et de la qualité globale de cette entité CLUD.* »

Le partage du management des référents douleur a même été évoqué dans les entretiens en ce sens qu'un agent référent douleur peut être mieux évalué et accompagné par un cadre de santé expert du domaine que celui qui en a la responsabilité. E4 « *il manque dans la hiérarchie du CLUD, [...] un cadre Sup ou un cadre en mission, en fonction transversale qui fasse le retour sur le (travail du) référent douleur.* »

De plus cela permettrait d'harmoniser plus facilement les pratiques en ce sens que ce cadre serait dédié à cette mission au même titre que dans le cadre de l'hygiène hospitalière dans la recherche d'une démarche qualité associée à une diminution des résistances aux changements liés à des pilotages transversaux. Les personnels et les cadres sont demandeurs d'une telle pratique comme le montre l'attrait pour les équipes mobiles sur lesquelles il est possible de donner un visage à une entité telle que le CLUD, établir une relation de confiance, accepter plus facilement des conseils et du soutien.

Cependant il existe toujours **des pratiques corporatistes** où des positionnements, des visions différentes s'entrechoquent. Les pratiques médicales et paramédicales sont toujours empreintes de divergences quant au niveau de priorité face à l'urgence de la prise en charge d'une douleur qui n'est pas abordée de la même façon par une infirmière, une sage femme ou un médecin. Des visions différentes engendrent un positionnement différent. Ces acteurs se parlent ils vraiment ? Qu'est ce qui se joue ?

Des **stratégies de pouvoirs** pouvant apparaître principalement de deux catégories professionnelles aux intérêts encore bien distincts.

**Au niveau médical** la résistance au changement semble s'exprimer par une prise de positions du « *pouvoir médical* » par rapport à la liberté de prescription. Ceci pouvant s'expliquer par une propension à la conservation de réseaux de pouvoirs comme le définit Renaud Saintsaulieu préférant à la notion de changement celle du développement social, de culture et des interactions (réseaux de pouvoirs, stratégies collectives)<sup>126</sup>. Cependant au niveau médical cela relève non pas d'une relation au pouvoir *stricto sensu* mais plutôt d'un rapport à la légitimité que Max Weber considérerait traditionnelle avec un rapport au chef détenteur d'un pouvoir balisé malgré tout par des limites. Cette position dominante traditionnelle de cette catégorie professionnelle persiste et résiste même si elle s'érode peu à peu pour

---

<sup>126</sup> CABIN, P., *op. cit.*, p. 206

laisser la place à d'autres acteurs avec des compétences comme certains experts soignants.

**Les référents douleur**, peu nombreux, spécialisés et compétents dans leur domaine d'activité en l'occurrence la prise en charge de la douleur sont **en quête de légitimité**. A la croisée de l'équipe médicale, soignante et de l'encadrement, ils sont comme le rapporte un cadre de santé dans (E2) « [...] *une position très casse gueule.* »

Au regard de l'équipe soignante ils représentent un pair, une ressource non négligeable pour la prise en charge de la douleur du fait de leurs connaissances et des apports qu'ils en font à l'équipe.

Au niveau médical ils empiètent un peu sur leur territoire mais sont acceptés avec leurs compétences dès lors qu'ils en ont fait la preuve à bon escient.

Au niveau politique de la santé le rapport Berland<sup>127</sup> de 2003 fait état du transfert à des soignants non médicaux de certaines compétences médicales encadrées par des protocoles précis et soumis à l'expérience sur le terrain. Cette expérimentation s'inscrit dans la nécessité de penser une évolution des pratiques des infirmières et de leur formation en s'appuyant sur l'acquisition de compétences et non plus de répondre à une simple liste d'actes autorisés. Ces compétences se déclineront en trois niveaux en fonction de degrés d'acquisitions pour s'inscrire dans le cursus licence-master-doctorat. Cette vision nouvelle des choses doit ainsi dès à présent pouvoir se décliner à minima avec les compétences existantes susceptibles d'être apportées par les référents à leurs unités, à leurs équipes dans le respect du cadre réglementaire actuel.

Par rapport au cadre de santé du service, ils sont diversement perçus en allant du partage à la délégation de pouvoir, ou en passant par l'illégitimité opérationnelle au profit d'une simple légitimité formelle.

---

<sup>127</sup> BERLAND, Y., « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », HAS, 2003.



Majoritairement l'ensemble des acteurs s'accordent à dire qu'il faut déléguer ce pouvoir au référent douleur concernant la conduite de cette dynamique sans toutefois en perdre le contrôle. Le cadre doit toujours piloter les membres de son équipe même s'il les autonomise en fonction de leurs niveaux de compétences. K. Lewin démontra que « *la résistance au changement des individus provient de leur attachement aux normes du groupe* ». Il en déduit que tout changement doit être porté par le groupe et agir sur ces normes partagées. Ceci rejoint le principe de cohésion d'équipe en cohérence avec une dynamique de service commune à l'ensemble des partenaires à la fois médicaux et soignants.

Même si la place des référents douleur n'est pas encore assise complètement sur l'ensemble du CHU, les efforts consacrés par les référents pour être reconnus en tant que tels ne pourront se faire que par la contribution active autour de trois points :

- Le positionnement de l'encadrement soignants en mettant par délégation le référent douleur au cœur de la prise en charge de la douleur et le légitimer au regard de l'équipe pour lui faire prendre toute sa puissance opérationnelle à sa juste mesure.
- L'accompagnement au plus près du terrain de l'entité CLUD en matière de management par la qualité au sein duquel les contributions du référent sont intégrées (groupes de travail, audits, système d'information...)
- Collaboration médico soignante dans le processus de prise en charge de la douleur à la recherche de compétences complémentaires.

#### Synthèse de l'analyse :

Cette analyse nous a permis au décours d'une approche descriptive puis explicative de mieux appréhender la complexité dans laquelle s'inscrivait le positionnement du référent douleur et les stratégies de mise en œuvre des protocoles d'antalgie du CLUD.

En proie aux filtres individuels des représentations, la lecture d'une organisation transversale complexe qu'est le CLUD n'est pas une chose facile. Ce comité chargé de l'amélioration de la prise en charge de la douleur s'organise grâce à la participation et à l'adhésion de professionnels de la santé du CHU de Toulouse. Cette organisation de type bicéphale avec d'une part le CLUD, organe institutionnel vecteur d'amélioration de la qualité en matière de prise en charge de la douleur. Composé de professionnels de terrain, les référents douleur, issus d'équipes pluridisciplinaires dont la réflexion porte en particulier au sein de groupes de travail spécialisés sur la création et la diffusion d'outils comme les protocoles antalgiques du CLUD au sein des unités de soins. D'autre part les équipes de soins composées de personnels médicaux, paramédicaux et d'un encadrement soignant au sein desquelles il existe des référents douleur identifiés comme entité contributive et membres du CLUD.

Le lien qui maintient l'équilibre entre le CLUD et les équipes de soins d'unités est soumis à plusieurs composantes de contexte interne.

Le filtre des représentations des différents acteurs qui perçoivent chacun une traduction différente des attributions du CLUD. Cette source de complexité ne se traduit pas fort heureusement par autant de possibilités de représentations mais par principalement deux visions essentielles : l'une négativiste et l'autre positiviste.

La typologie plurifactorielle de l'accompagnement des pratiques est conçue dans une approche par la qualité. Les facteurs tels que la communication, les ressources, la variabilité des stratégies managériales et l'accompagnement des pratiques par la qualité sont autant de facteurs contributifs à la démarche qualité. Cependant chacun d'entre eux est impacté sur le terrain par une relation duale partagée entre des stratégies professionnelles engagées dans le processus qualité et d'autres au contraire sources de résistances à tout changement.

La résistance au changement est le troisième élément contributif dans la relation CLUD – Equipes. Il existe ainsi une variabilité importante des stratégies de prises en charge de la douleur impactées par ce phénomène de résistance au changement

potentialisé par des difficultés dont les étiologies peuvent être environnementale, psychologique ou organisationnelle. Ceci permet de voir émerger certaines positions de force par la mise en place de stratégies de pouvoir empirique médicale mais aussi soignantes. Au-delà de cet épiphénomène, le référent douleur d'unité de soins doit quand à lui être légitimé pour pouvoir exister et mener à bien la mission institutionnelle qui lui a été confiée auprès de son équipe. Le pouvoir doit devenir ainsi une source partagée par lui et son encadrement direct de proximité sous une forme déléguée dont le pilotage doit encore rester sous la responsabilité du manager, cadre de santé.

L'encadrement doit ainsi plutôt opter pour un management de type participatif afin de créer la motivation au sein de l'équipe dans un projet comme l'utilisation de protocoles antalgiques. Il faudra lui donner les moyens d'adhérer à la démarche en suscitant le besoin et en accompagnant cette dynamique par l'apport des compétences légitimées du référent douleur en lien avec le CLUD. La démarche qualité pourra ainsi prendre toute sa place au cœur d'une équipe engagée auprès de la personne soignée, à son écoute attentive, et dont les représentations permettront une vision constructive, favorisée par une diminution des résistances car l'impliquant dans le projet.

## **8. Limites de notre travail**

Le contexte dans lequel a été effectué notre travail de recherche ne nous a pas autorisé à tenir le délai minimum fixé à une heure pour chaque entretien dans une période soumise aux turbulences de la préparation à la certification V2, ce qui ne nous a pas permis d'obtenir des informations plus approfondies.

Ce travail de recherche fut pour nous très important mais ne nous permet pas aujourd'hui de l'apprécier à sa juste valeur. Il ressemble à un travail inachevé où d'autres possibles auraient pu être explorés. Sûrement est-ce dû au fait qu'il s'agissait d'une première production, soumise aux limites de notre posture de compagnon débutant dans la construction de son œuvre et en quête de toujours plus.

Ce travail ne semble pas suffisamment exhaustif, d'autres concepts auraient pu être traités comme le champ des représentations (largement développé dans un travail précédent). S'agissant d'un mémoire nous évoquerons le manque de temps car il nous aurait fallu au moins deux années supplémentaires et se priver d'autres apports théoriques passionnants pour pouvoir tout traiter.

Cette année fût très enrichissante pour nous de par la masse colossale d'apports théoriques et les mises en situations nous permettant d'avoir un regard renouvelé sur les situations rencontrées que nous espérons pouvoir pérenniser.

La démarche intellectuelle du chercheur n'est pas si facile que cela et nécessite beaucoup d'apprentissages, tout comme celle du manager qui doit rompre avec un certain nombre de prénotions.

La rencontre très enrichissante et surprenante sur le terrain de professionnels de santé nous a permis d'élaborer ce travail dans une démarche inductive permettant d'avoir une vision plus élargie sur un sujet passionnant que nous découvrons encore

et que nous avons eu la chance de pouvoir explorer. A partir de maintenant il ne nous reste plus qu'à espérer pouvoir explorer d'autres pistes possibles grâce à ce travail qui pourra servir de base à d'autres recherches.

## 9. Perspectives professionnelles

Elles répondent à plusieurs motivations comme d'une part traiter un sujet correspondant à mon parcours professionnel dans l'implication au sein du CLUD depuis sa naissance au CHU. Et d'autre part me permettre de m'initier à la recherche à partir d'un travail que je puisse réinvestir plus tard et approfondir. De plus cette approche de la recherche et la démarche intellectuelle déployées m'ont permis de parfaire mes acquisitions par la recherche bibliographique, les techniques d'entretiens, la puissance de la sémantique pour préciser avec exactitude le sens des mots et pouvoir transposer cette démarche réflexive dans ma future activité professionnelle.

Cette recherche m'a permis de traiter une problématique pour laquelle j'avais une vision parcellaire et plus subjective concernant certains points importants primordiaux auxquels je souhaite apporter ma contribution pour y amener des améliorations comme :

- **Suggérer** une réflexion à l'encadrement stratégique concernant **une harmonisation des pratiques managériales** de proximité avec l'aide de comités externes comme le CLUD.
- Permettre au **référent douleur** de conduire la dynamique de prise en charge de la douleur au sein des unités par délégation du cadre de santé.
  - o **Légitimer son pouvoir** dans le but d'impliquer et autonomiser les équipes sans que le cadre de santé ne perde le pilotage managérial et n'en être que plus puissant.

- **Impliquer les personnels** dans l'utilisation de protocoles antalgiques à leur initiative avec le soutien complémentaire du CLUD (équipes mobiles) sur le terrain.
- **Valoriser les compétences** dans une dynamique du changement permanent et d'adaptation continue pour un haut niveau de performance par le management de la qualité.
- **Développer** au niveau institutionnel **l'utilisation** d'outils élaborés de manière consensuelle comme **les protocoles antalgiques**.
- **Améliorer le système de communication** du CLUD pour qu'il soit plus performant avec l'aide de professionnels de la communication.
- **Développer** au sein des groupes de travail du CLUD un recours incontournable à **la démarche de conduite de projet** afin de lui donner plus de puissance d'autant qu'au moins un cadre de santé est présent et formé dans chacun d'entre eux.

Pour terminer, je voudrai ajouter que ce modèle ne peut voir le jour que dans un accompagnement par un management situationnel tenant compte d'un contexte des plus tendus. J'espère pouvoir mettre en œuvre ces orientations lors de ma prise de fonctions facilitée par ma position stratégique au sein du CLUD afin d'améliorer les pratiques et contribuer à l'amélioration de la qualité, pour les équipes de soins, et surtout pour la personne soignée qui nous est confiée.

## **10. Conclusion**

La constitution du CLUD a permis au sein du CHU de s'impliquer dans un processus de démarche qualité auquel il a été encouragé par les évaluations menées par l'ANAES puis la HAS. La qualité des prises en charge et des pratiques a été évaluée par des audits et démontre des failles qui ont été rappelées dans le constat que nous avons initialement développé. Le domaine d'application des protocoles antalgiques sur le terrain a été initialement posé, nous amenant à poursuivre notre travail de recherche.

La phase exploratoire par des données contextuelles et conceptuelles a été approfondie afin de mieux poser le cadre de la recherche et d'étayer notre travail et nos connaissances sur le sujet.

L'amélioration de la qualité voulue par les instances des hôpitaux a ainsi pu être abordée comme les diverses stratégies mises en place concernant le type de management et de ce qu'il peut en découler comme la résistance au changement. Nos entretiens ont permis de faire émerger un certain nombre de points forts que nous avons exploité au regard d'une question de recherche. Celle-ci a permis de nous orienter vers le positionnement des référents douleur dans ce système où il leur est demandé de jouer un rôle prépondérant qui est le processus d'accompagnement de la prise en charge de la douleur. Les protocoles antalgiques du CLUD sont un des outils permettant de conduire une amélioration de la qualité par l'implication des référents douleur dans ce projet qu'ils ont à mettre en œuvre sur le terrain par délégation de leur cadre de santé.

Notre recherche au regard de l'approche que nous en avons fait nous permet de mettre en évidence un certain nombre d'éléments nous autorisant à poser un questionnement pour une démarche à venir.

**Le CLUD ne doit il pas recourir à l'impérieuse nécessité d'utiliser la conduite de projet dans ses pratiques managériales stratégiques afin de favoriser l'implication des équipes ?**

## 11. Glossaire

**AFNOR** : Association Française de NORmalisation

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

**ANFH** : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel  
Hospitalier

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CLUD** : Comité de LUtte contre la Douleur.

**CME** : Commission Médicale d'Etablissement

**HAS** : Haute Autorité en Santé

**ISO** : Organisation internationale de normalisation

**PCA** : *Pump Controlled Analgesia* ou Pompe d'analgésie contrôlée par le  
patient

**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information



## 12. Bibliographie

### Ouvrages

BABUT, J.M., et al., *La Bible*, Genèse 2, verset 21, Alliance biblique universelle, Villiers le Bel, 1991

BALLE, M., CHAMPION-DAVILLER, M.N., *Organiser les services de soins : le management par la qualité*, Masson, 2000

BRIDGES, W., *Les transitions de vie : Comment s'adapter aux tournants de notre existence*, InterEditions, Paris, 2006, 192 pages.

BRENOT, J., and TUVÉE, L., *Le changement dans les organisations*, Presses Universitaires de France. Paris, 1996

BOCCARD et al., *Pratique du traitement de la douleur*, Poitiers, Aubin Imprimeur, 2007

BONNERY, A-M et al., *Protocoles de soins : méthodes et stratégies*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Masson, 2003

BUCKINGHAM, M., COFFMANN, C., *Manager contre vents et marées*, Pearson Village Mondial, Paris, 2008

CABIN, Ph., CHOC, B., *Les organisations – Etat des savoirs, Sciences humaines*, 2005

CARTON, G.D., *Eloge du changement : Leviers pour l'accompagnement du changement individuel et professionnel*, Village mondial, Paris, 1997

CHAMPION-DAVILLER, M-N., BOURGEOIS, F., LAPORTE, M., *Le dossier de soins : réalités et perspectives*, Paris, Lamarre, 1991

CHAUVEL, A.M., *Résoudre un problème*, Dunod, Paris

CROZIER, M., *Le phénomène bureaucratique*, Seuil, 1963.

DURIEU *and al.*, *L'évaluation médicale, du concept à la pratique*, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 1994

JACQUIN-RAVOT, B., *Réussir la qualité pour tous*, Chronique sociale, Lyon, 2001

KANTER, R.M., STEIN, B.A. et JICK, T.D., *The Challenge of Organizational Change : How Companies Experience It and Leaders guide It*, New-York, The Free Press, 1992 .

LETEURTRE, H., et al., *La qualité hospitalière*, 2<sup>ème</sup> édition, Berger-Levrault, Paris, 1999.

MAHIEU LE VILAIN, *Metheores d'Aristote*, R. Edgren, 1945

MARGUERITE DE NAVARRE, *Nouvelles lettres*, Génin, n ° 46

LINSTONE, H.A., TUROFF, M., HELMER, O., *The Delphi method : techniques and applications*, Addison-Wesley, London, 1975, 620 pages.

ORESME., N, *Livre du Ciel et du Monde*, A. D. Menut, The University of Wisconsin Press, 1968

RAYNAL, F., RIEUNIER, A., *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*, ESF, Paris, 1997

REY, R., *Histoire de la douleur*, La Découverte, Paris, 2000

SEGOND., L. (sous la direction de), *Bible*, Genèse 3, verset 16, revue avec références

### Articles

ANAES, « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissements de santé », HAS , 2002

AUBLE, C., « L'infirmière et les prescriptions médicales », La revue de l'infirmière, Elsevier Masson, juillet/août 2008, n° 142

BERLAND, Y., « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », HAS, 2003.

BREYSSE, F., and al., « Construire un système qualité au sein d'un établissement de soins », Objectifs soins, le cahier du management, janvier 2006, n° 142

COCH, L., FRENCH, J.R.P., "*Overcoming resistance to change*", Human Relations, 1948

FAURE, J.L., « Les grands événements médicaux : l'anesthésie », Anniversaires, Paris, 1936, n°2

GILLET, J.P., GONZALEZ, J.P., JEANDEL, P., « Le management par la qualité : une volonté institutionnelle », Gestions hospitalières, janvier 2005

HAEFFNER, A.L., « Cadres infirmiers et démarche qualité : des managers en mutation », Gestions hospitalières, février 2002

HAS, « Méthodologie générale des protocoles thérapeutiques « hors GHS », HAS, Paris, 2007

KOTTER, J.P., and SCHLESINGER, L.A., "*Choosing strategies for change*", Harvard Business Review, 1979

MAURICE, L., « Aux frontières du concept et de la représentation », Colloque Jeunes chercheurs, Université Jean Moulin, Lyon III, 14 Mai 2004

ODEN, R.V., « *Management of Postoperative Pain* », Anesthesiology, Clinics of North America, 1989.

PEOC'H., N, « Fiche de lecture - Recherche bibliographique », Hôpitaux de Toulouse, 2008, version III

VAS, A., et VAN DE VELDE, B., « La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire », IXème Conférence internationale de management stratégique, Montpellier, mai 2000

### **Mémoire**

ZBORALSKI, C., « Les protocoles de soins sont-ils réellement des outils de qualité ? : Etude comparative des représentations professionnelles », Mémoire professionnel, IFCS, Toulouse, 2007.

### **Documents :**

AFNOR, Norme ISO 9000, 2000, annexe II

Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 22 septembre 1998

Circulaire DGS/DH n° 98/586 du 24 sept. 1998. Mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

Code de la santé publique

Dictionnaire critique de la sociologie, PUF, 1990

Dictionnaire des soins infirmiers, AMIEC, Saint Just la Pendue, 1995

Dictionnaire, grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, 2003

Dictionnaire, Le nouveau petit Robert 2009 de la langue française, Le Robert, Paris, 2008

Dictionnaire, Le Nouveau Petit Robert de la langue française, Le Robert, Paris, 2009

Dictionnaire, Petit Robert Dictionnaire de la langue française, Le Robert, Paris, 1984

*Guide du service de soins infirmiers*, 2ème édition, ministère de la santé, septembre 2001

*Guide du service infirmier*, Direction des hôpitaux, ministère de la santé, 1992

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, Réforme de l'hospitalisation publique et privée.

### **Sites internet :**

Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier : [www.anfh.asso.fr](http://www.anfh.asso.fr)

Centre National de Ressources contre la douleur : [www.cnrdr.fr](http://www.cnrdr.fr)

GUTMANN, A., « Les stratégies fondatrices de la psychiatrie », [www.psychiatrie-francaise.com](http://www.psychiatrie-francaise.com)

Le trésor informatisé de la langue française : <http://atilf.atilf.fr>

Légifrance : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur : <http://www.sfetd-douleur.org>

Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur : [www.sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org)

Wikipédia, L'encyclopédie libre : [www.wikipedia.fr](http://www.wikipedia.fr)

## **13. Annexes**

# **Annexe 1**

**BUT DE L'AUDIT** : Evaluation de la connaissance du CLUD

**EQUIPE D'AUDIT** : H.Vergnes, M.Cayrol, J.C.Laurens, C.Perrier

**RESPONSABLE D'AUDIT** : H.Vergnes

**TYPE D'AUDIT** : audit de procédure (observation, entretien)

**REFERENTIEL(S)** : guide d'utilisation des protocoles validés par le CLUD

**SERVICES AUDITÉS** :

- Hôpital Paule de Viguier : Récamier,
- Hôpital des enfants : Chirurgie viscérale,
- Casselardit : Gériatrie secteur B, psychiatrie UF 2,
- Purpan : Traumato B; Radio centrale, BRR, SMIT 1er étage,
- Rangueil : SSPI BOH2, gastroUF3, CCV A, Urgences, Uro UF1, Neurochirurgie SI, Odontologie,
- Larrey : Chirurgie Thoracique unité A;
- 

**DATE(S) DE L'AUDIT** : 28/09/07, 03/10 et 04/10/07.

**DESTINATAIRES** :

**METHODOLOGIE**

La mesure a été réalisée à partir d'une grille :

- \*d'observation de classeurs de protocoles et leur contenu (16 unités),
- \*de conduite d'entretiens dans les unités observées (35 rencontres, personnels médicaux 17% et personnels paramédicaux 83%).

Date du rapport :

Signature du responsable de l'audit

## RESULTATS GLOBAUX POUR L'ENSEMBLE DES UNITES AUDITEES

<p><b>CONSTATS</b></p> <p><u>Observations</u></p> <p>Dans 14 unités sur 16, il existe un recueil de protocoles douleur (classeur spécifique ou non).</p> <p>Pour ces 14 unités, 57% (8/14) ont au moins un protocole CLUD dans ce recueil et 78% (11/14) ont au moins un protocole non CLUD.</p> <p>Lorsqu'il existe un ou plusieurs protocoles CLUD dans l'unité ils sont validés comme cela est préconisé dans le guide d'utilisation pour 25% d'entre eux.  En revanche, les protocoles non CLUD sont validés par l'unité (datés et signés par une personne identifiée) pour 55% d'entre eux.</p> <p><u>Entretiens</u></p> <p>Les résultats sont basés sur les déclarations des personnes rencontrées.</p> <p>Le CLUD est connu par 94% des personnes rencontrées.</p> <p>La présence de protocoles n'implique pas systématiquement leur utilisation.  8 unités ont un classeur avec des protocoles CLUD et 6 unités l'utilisent.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 personnes sur les 35 rencontrées déclarent utiliser des protocoles CLUD</li> </ul> <p>Quand ils sont utilisés, les protocoles CLUD sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- directement appliqués sans prescription complémentaire (7/10)</li> <li>- une aide à la prescription (4/10)</li> </ul> <p>23 personnes sur les 35 rencontrées déclarent qu'il existe au moins un référent douleur dans l'unité : il est soit un médecin (10), soit un paramédical (16). Dans 8 unités il y a un référent médecin et un référent paramédical.</p> <p>Le qualificatif « référent douleur » est variable en fonction des unités (pas de fiche de poste, formation institutionnelle ou interne à l'unité,...).</p> <p>Le CLUD est connu par les personnes rencontrées pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la rédaction de protocoles (20 citations),</li> <li>- l'organisation de journées (18 citations),</li> <li>- la formation (17 citations)..</li> </ul>
--



## CONSTATS

### Conclusion

Les protocoles élaborés par les unités sont mieux maîtrisés que ceux définis par le CLUD.

Une raison invoquée de non utilisation de protocoles CLUD est leur absence de spécificité, ils sont qualifiés de trop "généralistes".

### Suggestions :

Il paraîtrait nécessaire que le CLUD :

- renforce ses relations avec les équipes,
- réalise une adaptation de ses outils,
- clarifie le rôle des référents « douleur » des unités.

## **Annexe 2**

### **Extrait de l'audit sur l'évaluation des pratiques soignantes**



## **Evaluation des pratiques soignantes**

**Résultats de la mesure  
Janvier/février 2009**

**COORDINATION GENERALE DES SOINS  
Mars 2009**

## I. Méthodologie de l'audit

### 1. Mesure T1 : Janvier/février 2009

La méthodologie de l'audit croisé est retenue pour soutenir un dynamisme d'observation, d'évaluation et d'analyse au sein de chaque pôle.

La 2<sup>ème</sup> évaluation a ainsi impliqué 93 cadres de santé du CHU, soit 50% des cadres de santé de l'établissement.

Elle a porté sur 136 UA identifiées par les cadres supérieurs de santé des pôles

Elle va permettre de préciser les plans d'actions

### 2. Recueil des données

- Les auditeurs :
  - o Une information sur l'évolution de la méthode a été réalisée en amphi cadres en novembre – décembre 2008
  - o Les cadres supérieurs de santé ont participé à l'organisation du recueil :
    - Identification des UA
    - Identification des cadres auditeurs
    - Respect du planning déterminé par le groupe projet
  - o Une présentation au préalable de la méthode de recueil (grilles et renseignements) a été réalisée sur chacun des sites : (56 cadres de santé ont reçu l'information)
    - Ranguel le 21/01/09
    - Purpan le 23/01/09
- Le recueil de l'information est saisi par l'observation directe, la lecture du dossier de soins et l'entretien réalisé auprès des soignants.

### 3. Choix des critères

- Les critères ont été maintenus mais précisés pour contrôler les risques de biais

### 4. Les indicateurs de suivi

- Relatifs aux règles de conformité du Dossier de soins précisés par la Direction des soins dans un courriel du 18 octobre 2008 (puis courrier du 23 octobre 2008) à l'ensemble des cadres de santé :
  - o Recueil de données à l'entrée
    - Personne à prévenir
    - Information sur la désignation possible d'une personne de confiance
    - Evaluation de la douleur
  - o Dossier de sortie
    - Heure de sortie
  - o Transmissions soignantes
    - Diagramme de soins renouvelés
    - Transmissions ciblées
- Relatifs au respect des bonnes pratiques professionnelles :
  - o Accueil :
    - taux de pré admissions
    - remise des livrets d'accueil : CHU et spécifiques aux unités cliniques
  - o Sortie :
    - traçabilité des éléments de préparation de la sortie
    - remise du questionnaire de sortie
  - o Douleur :
    - utilisation d'un outil d'évaluation de la douleur
  - o Hygiène :
    - Absence de port de bijoux,
    - lavage des mains des patients et des soignants,
    - port du tablier de protection,
    - port de gants à patient unique (lors de la toilette)

## II. Les résultats de l'étude Temps 1

Les résultats sont comparés aux résultats de la 1<sup>ère</sup> mesure. Ils sont globalement similaires.

### 1. Le renseignement des grilles

Thème	Nbre de critères	Nbre d'indicateurs	Nbre grilles recueillies		Taux de réponses		Situations observées	
			T0	T1	T0	T1	T0	T1
Accueil	3	16	113	136	84%	100%	112	125
Sortie	3	14	125	135	93%	100%	91	124
Toilette	4	26	122	135	91%	100%	121	120
Douleur	1	6	133	135	99%	100%	132	133
Repas	4	19	133	136	99%	100%	129	131

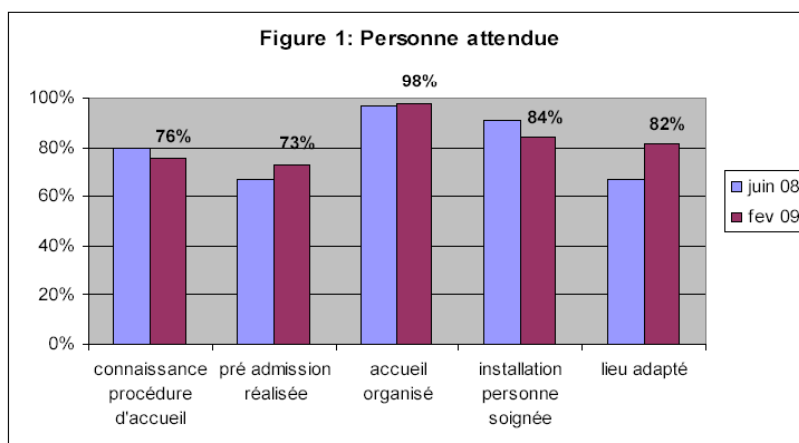
### 2. les résultats moyens comparatifs T0/T1

#### 1. Questions relatives à l'accueil personnalisé du patient : 125 situations observées

« La personne soignée bénéficie d'un accueil personnalisé lors d'une hospitalisation programmée ou non programmée »

##### Critère 1 : La personne est attendue

- Le soignant connaît la procédure d'accueil spécifique du service
- La pré admission a été réalisée dans le cadre de l'hospitalisation programmée
- L'accueil de la personne soignée est organisé (chambre, équipement...)
- La personne soignée est installée dans sa chambre immédiatement ou dans les 15 minutes
- Un lieu adapté est utilisé pour recevoir la personne soignée si la chambre n'est pas disponible



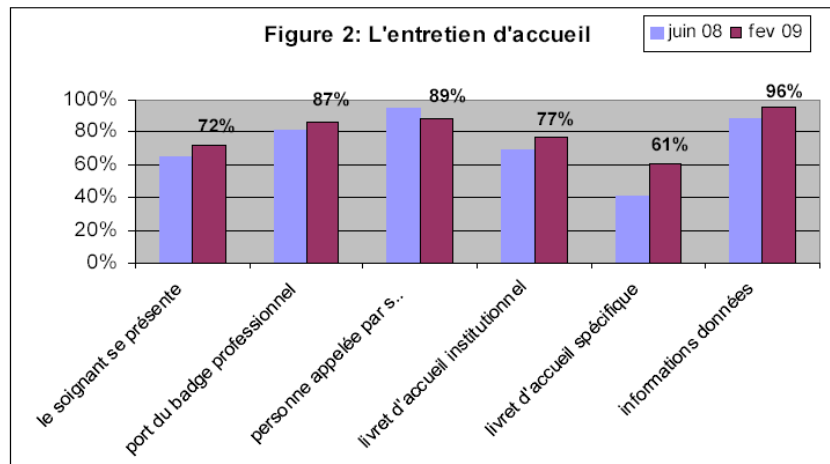
##### Critère 2 : La personne est identifiée

- L'admission est réalisée par l'IDE en temps réel dans 84% des cas (juin 08 : 81%)

##### Critère 3 :

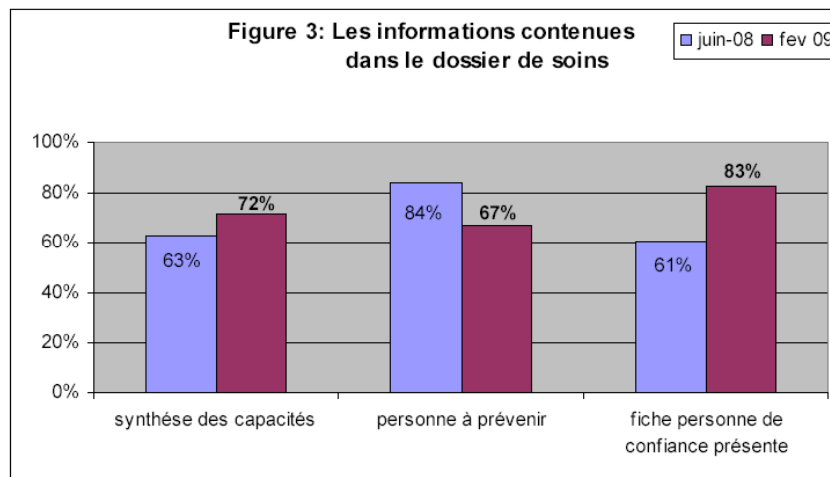
##### a. L'entretien d'accueil est réalisé et personnalisé

- Le soignant se présente (fonction et nom)
- Le soignant est identifié par son badge professionnel
- La personne soignée est appelée par son nom
- La personne soignée dispose du livret d'accueil institutionnel
- La personne soignée dispose du livret d'accueil spécifique inhérent à l'unité de soins
- Les informations données sont explicitées à la personne soignée (visites, rencontres des médecins, TV et téléphone...)



**b. Informations figurant dans le dossier de soins**

- La synthèse des capacités est notée dans le recueil de données
- La personne à prévenir est notifiée sur la fiche individuelle d'identification
- La fiche de désignation de la personne de confiance est présente dans le dossier
- La fiche est renseignée



Personne de confiance :

Lorsque la fiche est présente dans le dossier, elle est renseignée dans 73% des cas (juin 08 : 63%).

**Principaux constats relatifs à l'accueil :**

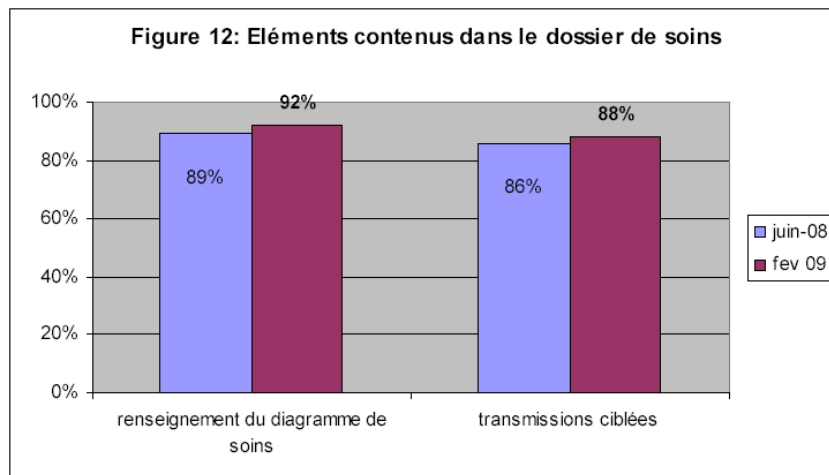
**Relatifs à la traçabilité dans le dossier de soins :**

- L'identification de la personne de confiance est majorée
  - Le renseignement de la personne à prévenir connaît un infléchissement
- La mesure de ces 2 indicateurs sera affinée lors de la prochaine évaluation

**Relatifs aux pratiques professionnelles :**

- Les pratiques de pré admission et la remise d'un livret d'accueil spécifiques sont en progression

*Synthèse des informations contenues dans le dossier de soins :*



**Principaux constats relatifs à la toilette**

**Relatifs à la traçabilité dans le dossier de soins**

- les taux relatifs au renseignement du diagramme de soins et des transmissions ciblées sont stables

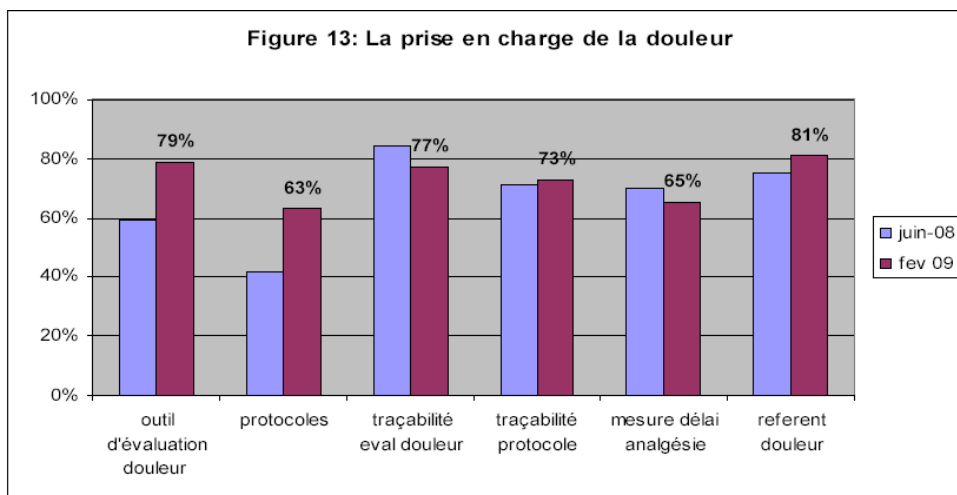
**Relatifs au respect des règles d'hygiène :**

- les taux relatifs aux préalables au soin montre une baisse des scores relatifs au nettoyage de l'adaptable et à la vérification de la date de péremption du produit utilisé
- 23% des soignants observés portent une alliance ou une montre durant le soin

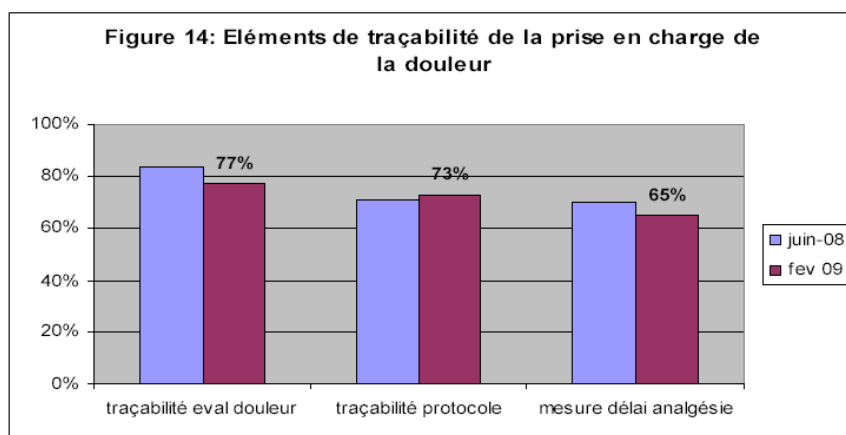
**4. Questions relatives à la prise en charge de la douleur : 133 questionnaires renseignés**

**Critère : La personne soignée algique est prise en charge dans le respect de l'axe 2 du projet de soins**

- Chaque soignant dispose en permanence d'une réglette Evaluation Visuelle Analogique (EVA) ou, en fonction du profil du patient, de tout autre outil adapté à l'évaluation de sa douleur (Echelle Garonne en Gériatrie, EDIN en Pédiatrie, etc.)
- Il existe dans chaque unité clinique des protocoles Douleur spécifiques à l'unité, validés par les responsables médicaux .
- Chaque soignant applique les protocoles de lutte contre la douleur à chaque fois qu'un patient présente un tableau clinique algique :  
On retrouve la traçabilité dans le dossier de soins (IPAQH, juin 2007) :
  - de l'évaluation de l'intensité de la douleur,
  - du protocole appliqué,
  - de la mesure du résultat en terme d'obtention d'une analgésie satisfaisante, avec des délais acceptables.
- Il y a un Référent Douleur dans chaque unité clinique (hospitalisation, consultations, explorations, etc.).



*Synthèse des informations contenues dans le dossier de soins :*



**Principaux constats concernant la prise en charge de la douleur**

**Relatifs à la traçabilité dans le dossier de soins :**

- les taux relatifs à la traçabilité de l'évaluation de la douleur sont inflexibles

**Relatifs aux pratiques professionnelles :**

- l'utilisation d'un outil de mesure est majorée



## **Annexe 3**

### **Grille d'entretien d'enquête**

**1/Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?**

**2/Avez-vous déjà bénéficié d'une formation quelconque (ciblée) sur la prise en charge de la douleur ?**

- *Si oui, laquelle ?*
- *Si non, pourquoi ?*

**3/Parlez-moi du (Connaissez-vous le) CLUD (comité de lutte contre la douleur) ?**

- *Que représente-t-il pour vous ?*
- *Quelles sont ses missions ?*
- *Quelles sont vos attentes par rapport au CLUD ?*
- *Quelle est la stratégie de prise en charge de la douleur dans votre service ?  
(Surtout si on ne connaît pas le CLUD)*

**4/Parlez-moi des protocoles d'antalgie du CLUD ?**

- *Combien en avez-vous ?(en avez-vous à disposition dans votre unité clinique ?)*
- *Si oui, Comment les utilisez-vous ? Sont-ils fréquemment utilisés ? Que vous apportent-ils ?*
- *D'autres protocoles d'antalgie hors CLUD sont-ils utilisés et pourquoi ?*

**5/Comment les membres de l'équipe s'impliquent t'ils dans la prise en charge de la douleur dans votre service ?**

- *Y a-t-il un référent douleur et quelles sont ses prérogatives ?*
- *Comment le cadre de santé s'inscrit-il dans le processus de prise en charge de la douleur ?*
- *Quelle est la place de l'équipe soignante ?*
- *Comment l'équipe médicale s'inscrit-elle dans le processus de prise en charge de la douleur ?*

**6/ Y a-t-il des freins à la prise en charge de la douleur ? Pensez-vous que la douleur soit bien prise en charge dans votre unité clinique ?**

**En gras = questions posées // En italique normal = questions de relance.**

# Institut de formation des cadres de santé de Toulouse

Mémoire professionnel soutenu  
En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé  
Année 2008 – 2009

Sous la direction de Monsieur ZIMMERMANN Jean François

**Auteur** : BERGIA Jean Marc

**Titre** : Référents douleur et protocoles antalgiques du CLUD :  
la *via dolorosa* ?

**Mots clés** : Protocoles, Qualité, Référents, Management, CLUD, Résistance,  
Changement, Transition, Douleur

## Résumé

Engagé dans le processus de prise en charge qui lui incombe, le CLUD n'a eu de cesse au travers de ses référents douleur d'impulser une nouvelle dynamique au travers notamment de l'utilisation de protocoles antalgiques. A partir de données issues d'évaluations de pratiques, un constat fait apparaître certaines failles que nous avons cherché à approfondir. Une approche contextuelle puis conceptuelle a été abordée dans ce travail de recherche dans une démarche inductive nous amenant à émettre la question de recherche suivante :

**Qu'en est-il des stratégies développées par les référents douleur dans la mise en œuvre des protocoles antalgiques du CLUD ?**

L'analyse d'entretiens semi directifs auprès de deux catégories professionnelles des hôpitaux de Toulouse, nous a conduits à faire émerger trois domaines de réflexions. L'impact du champ des représentations, les stratégies professionnelles et l'accompagnement des pratiques dans une approche managériale par la qualité conduisant les différents acteurs à aborder variablement le changement. La variabilité des résistances rencontrées a été démontrée comme relevant notamment d'une quête d'équilibre entre stratégies de pouvoirs et impérieuse nécessité de légitimité professionnelle.