



La transformation des pratiques cliniques, une perspective interactionniste

Colloque de l'association de recherche appliquée au management des organisations de santé (ARAMOS)

André Côté, Ph.D.

Lyon, le 21 novembre 2019

■ Questionnement

Comment s'opère le changement dans une trajectoire de soins ?

- De quelle manière le changement lié aux pratiques cliniques est-il introduit dans une trajectoire de soins ?
- De quelle manière ce changement est-il accueilli par les acteurs qui sont sollicités pour y adhérer ?
- De quelle manière le changement introduit affecte-t-il les différentes pratiques cliniques en vigueur ?

Comment prévoir la transformation qui en découle ? Et surtout comment l'orienter vers la finalité recherchée ?



Plan de la présentation

- Les différentes approches répertoriées pour l'analyse du changement des trajectoires de soins
 - Les approches techniques
 - Les approches sociotechniques
 - les approches sociopolitiques
- Vers une approche interactionniste pour l'étude de la transformation des pratiques cliniques
 - Les concepts-clés
 - Perspective interactionniste en milieu hospitalier
 - Perspective interactionniste en ce qui à trait au changement
- Concepts, dispositifs et outils pour opérationnalisation de l'approche interactionniste pour la transformation des pratiques cliniques
- Trois exemples d'application

Les approches techniques

Voient dans la révision des modes d'organisation et des méthodes de production, le principal moteur pour la transformation des pratiques cliniques

L'hôpital est vu comme ne construction mécanique définit de façon technique

La trajectoire de soins est définit comme une séquence de soins et de services cliniques requis pour le traitement d'une pathologie donnée reliées par un flux d'intrants à l'intérieur d'un espace physique et temporel.

Une conception rationnelle, volontariste et imposée du changement : Le changement s'opère de manière ordonnée et délibérée par le biais d'une révision et d'une manipulation des modes de production

Leur préoccupation première, l'efficience (optimisation) des ressources disponibles et des capacités de production en mettant l'accent sur les incertitudes reliées aux couplages séquentiels

Des travaux qui ne sont pas pour autant diluer d'intérêt

Limites et impasses des approches techniques dans l'étude des transformations des trajectoires de soins

- L'unidimensionnalité de l'objectif recherché
- Une importance secondaire aux rapports sociaux dans le cours de l'action
- L'action est prévisible du fait qu'elle obéit aux critères de la raison ; l'objectivité
- L'autorité comme le principal mécanisme de coordination des activités
- L'insensibilité de ces approches à l'égard de l'individu et de l'organisation en tant que lieu social et politique.
- Le pouvoir se limite à l'autorité hiérarchique et aux respects des règles.
- La linéarité des démarches proposées de changement
- Des changements partiels, illusoires/en apparence et non durables.)
- Le déplacement des dysfonctionnements et des problèmes
- L'exclusion et le déni des dimensions stratégiques et donc subjectives
- L'insuffisance de la prise en compte de la complexité systémique



Les approches sociotechniques

L'organisation hospitalière est vue comme un regroupement d'acteurs autonomes qui s'assemblent pour bénéficier des avantages logistiques découlant de la mise en commun de ressources.

Deux rationalités se confrontent

Conception du changement :

- Un processus d'adaptation à la fois évolutif, cumulatif et planifié visant à maintenir la stabilité
- Adhésion libre et volontaire dans un optique d'atteindre les buts organisationnels
- Autorité plutôt que pouvoir
- Importance des relations latérales

Les méthodologies employées

- La qualité des soins cliniques prodigués
- Et l'efficacité des soins prodigués

Les limites

- Une vision plus souple de l'action et des rapports humains
- Le changement préconisé est vu comme un élément neutre et nécessaire pour l'atteinte du bien commun
- Les notions de pouvoir, d'autorité et de conflit sont évacués
- La notion de rationalité se limite à des préoccupations professionnelles ou sociétales.
- Incapable de d'expliquer la transformation ou l'absence de transformation des pratiques cliniques suite à l'introduction des changements
- La relation linéaire entre l'efficacité et l'efficacité repose sur des fondements théoriques fragiles

Les approches sociopolitiques

Un arène politique : Accordent au pouvoir une importance prépondérante dans la dynamique organisationnelle

L'acteur est vu comme un être compétant se réalisant à travers ses relations avec d'autres.

- Capacité de contrôler une source d'incertitude
- Cherche à satisfaire des motifs personnels
- Son adhésion est le fruit de tractations

Le changement est vu sous l'angle de la résistance, de la confrontation et du conflit

- S'avère laborieux et parsemé d'embûches
- prend souvent des formes inattendues
- Le fruit de luttes ou de compromis politiques

Les limites

- Se centre sur les rapports de séduction, d'autorité, de contrôle et de domination.
- Associe le désir de coopérer à la seule satisfaction d'intérêts personnels
- Portent sur le produit du jeu des acteurs et les intrigues politiques inhérentes aux rapports sociaux
- Un intérêt moindre à la nature de l'interaction et à son processus de structuration

Vers une approche interactionniste pour l'étude de la transformation des pratiques cliniques

Les concepts-clés

- La réalité est intersubjective et socialement construite
- L'acteur est considéré comme un être compétent
- L'individu interagit par désir d'appartenance, par souci de développer des relations de confiance et par besoin de sécurité ontologique
- Les interactions sociales s'autorégularisent progressivement
- le pouvoir émane de la perception interpersonnelle de la représentation de l'autorité
- La confiance est perçue comme un «lubrifiant de système»
- La complexité apparaît comme un construit sociale
- Le changement et la stabilité sont intrinsèquement liés

Perspective interactionniste en milieu hospitalier

L'organisation hospitalière est vue comme un assemblage intelligible de structures sociales visant l'atteinte d'une finalité socialement construite.

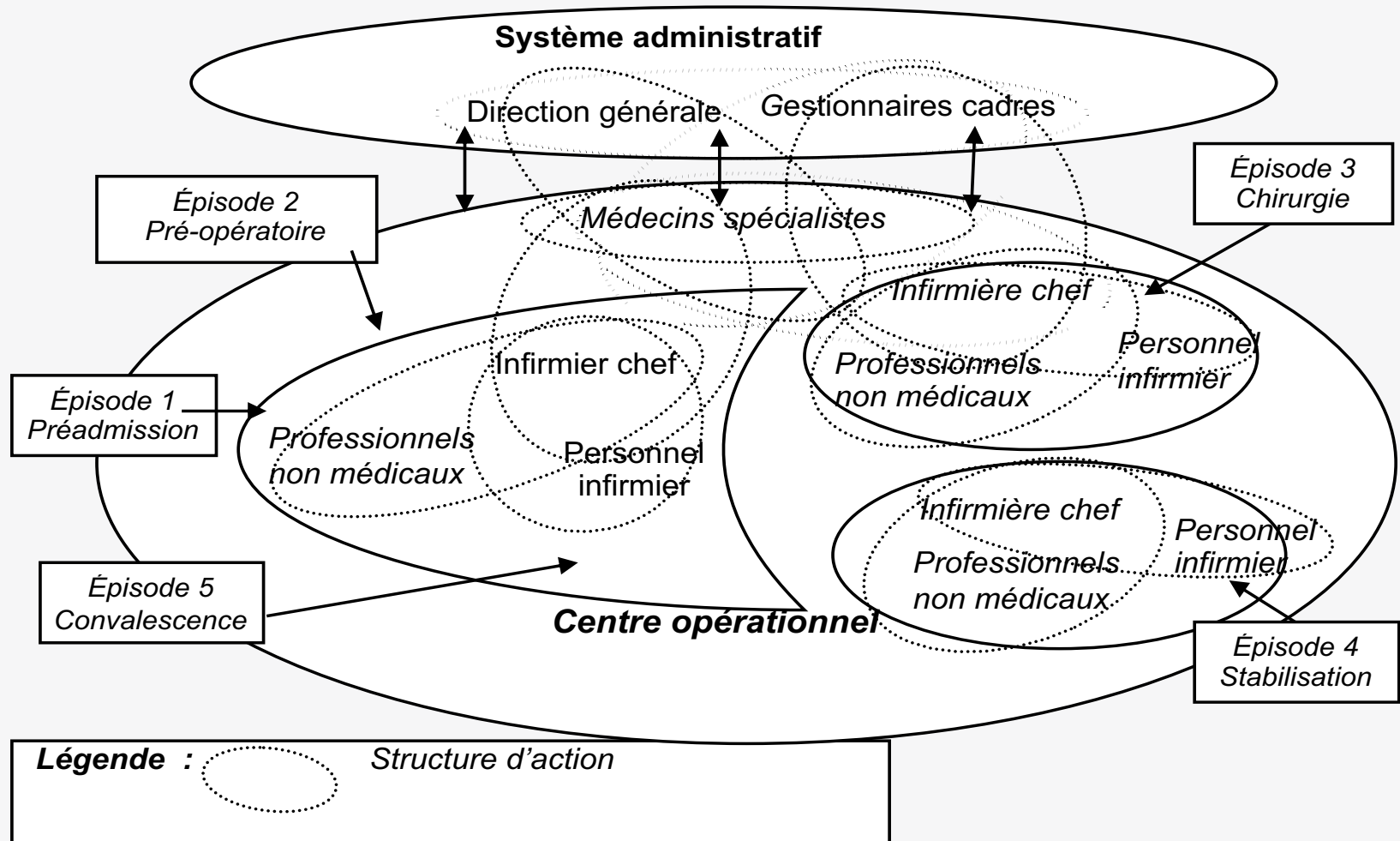
Une entité organisationnelle relativement simple : La complexité découle de l'absence ou de la particularité des rapports sociaux

Des acteurs compétents aptes à intervenir de manière délibérée

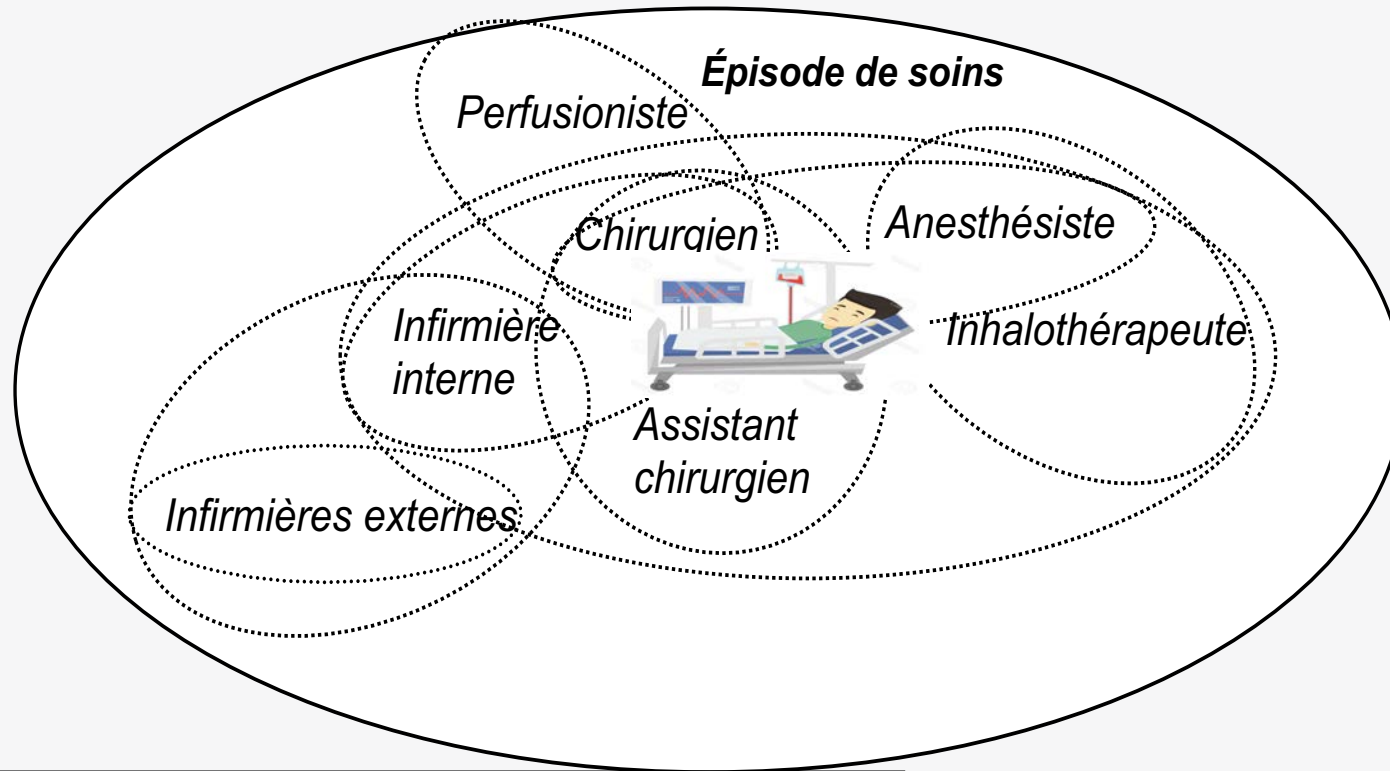
La dynamique interactionnelle

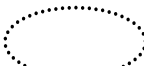
- Une dimension affective au pouvoir
- Le sujet ciblé accepte l'influence de la personne de référence, d'une part, s'il perçoit cette personne crédible pour intervenir dans les questions abordées et, d'autre part, selon l'importance qu'il accorde aux questions traitées.
- Tout comme le pouvoir, la confiance est considéré comme un phénomène relationnel.
- Elle prend forme dans l'interaction et se développe au cours de celle-ci

Schématisation de l'hôpital en prenant comme exemple un pontage aorto-coronarien



Schématisation de l'hôpital en prenant comme exemple un pontage aorto-coronarien



Légende :  Structure d'action

Structure d'action : Définition du concept

Une structure d'action est constituée de gens qui interagissent de façon récurrente pour atteindre un but commun. Elle tient compte à la fois de **la réalité opérationnelle** (en incluant des normes, des règles, des protocoles, de la technologie, des ressources matérielles et physiques) et **de la réalité sociale** (des relations de pouvoir et de confiance, des conventions, des représentations, des rites, de l'idéologie, etc.) **qui obéit à une dynamique qui lui est propre.**

- **Les modes opératoires** inclus à la fois l'agencement (séquence) des tâches et des activités, un ou des lieux spécifiques, la durée et le modus opérande des acteurs impliqués.
- **Les routines d'interaction** constituées d'un ensemble coordonné de pratiques sociales ayant cours dans l'interaction, à savoir : Les structures de pouvoir et d'autorité, les modes d'organisation du travail, les structures de coordination, de coopération et de suivi, les système d'attentes (rôles, attentes et responsabilités spécifiques), les règles, protocoles, conventions en vigueur, des modes de communication et de rapports sociaux.
- Quant **à la finalité**, elle est constituée de buts et de préoccupations communes.

Le changement est le fruit de détours inattendus

Conception du changement

- Le changement résulte soit d'une modification au niveau des règles du jeu, ou soit d'une variation dans l'attachement des acteurs envers ces dernières.
- Une réponse à des incitatifs externes
- Il prend forme dans l'interaction : c'est à travers leurs actions réciproques que les acteurs reproduisent, modifient ou transforment leurs actions.
- **Il résulte d'un processus d'adaptation à la fois évolutif, cumulatif, pragmatique et non planifié**

Cinq concepts-clés

- La temporalité des structures sociales
- Le rejet du "déterminisme technologique"
- Le bon sens pragmatique
- Le fait coercitif
- La tentation d'assimiler le changement aux structures sociales existantes avant d'accommoder ces dernières au changement.

Un exemple qui vaut mille mots

Question de recherche

✦ *Comment expliquer la transformation ou l'absence de transformation à l'intérieur des trajectoires de soins suite à un changement annoncé ?*

Méthodologie

✦ *Un centre hospitalier ultra spécialisé en région*

✦ *Une période de plus de cinq ans*

✦ *Deux cas :*

▶ *Une trajectoires de soins en chirurgie, les pontages aorto-coronarien (PAC)*

▶ *Une trajectoire de soins en médecine, les accidents cérébro-vasculaires (ACV)*

✦ *Des changements annoncés important au niveau des opérations cliniques*

Démarche ethnographique pour la collecte, la compilation et l'analyse des données

- *Entrevues semi-structurées*
- *Observations in situ*
- *Entrevues non structurées*
- *L'examen de la documentation*

Ce qui en résulte :

- ✦ *PAC : Un changement réussi*
- ✦ *ACV : Un changement inachevé*

Pourquoi cette différence de résultats entre les deux situations?

Les interactions sociales

Les structures d'action	Pontage aorto coronarien	Accident cérébro vasculaire
Médecins spécialistes et la direction générale	Relations d'échange effectives	Quasi-virtualité des relations d'échange
Gestionnaires cadres et les chefs d'unités cliniques	Clarté dans les buts poursuivis	Ambiguïté dans les buts poursuivis
Médecins de différentes spécialités	Cohésion dans les pratiques médicales	Absence de cohésion dans les pratiques médicales
Médecins et paramédicaux	Souplesse dans les rapports sociaux	Rigidité dans les rapports sociaux

La dynamique interactionnelle (types de rapports sociaux)

Les structures d'action	Pontage aorto coronarien	Accident cérébro vasculaire
Médecins spécialistes et la direction générale	Confiance sans pouvoir	Méfiance sans pouvoir
Gestionnaires cadres et les chefs d'unités cliniques	Confiance et pouvoir	Méfiance et pouvoir
Médecins de différentes spécialités	Confiance sans pouvoir	Méfiance sans pouvoir
Médecins et paramédicaux	Confiance et pouvoir	Méfiance et pouvoir

Pouvoir : Autorité hiérarchique ou professionnel, symbolique et de ressources (Giddens, 1984)

Pouvoir, confiance et changement

Type de rapports sociaux	Jeu des acteurs	Résultante sur le processus de transformation		
		Buts communs	Modes opératoires	Routines d'interaction
Méfiance sans pouvoir	Indifférence Résistance Retrait	Absence	Reproduction	Reproduction
Méfiance et pouvoir	Adhésion forcée	Ambiguïté	Transformation	Reproduction
Confiance partielle	Adhésion volontaire passive	Génération	Transformation	Reproduction
Confiance totale	Adhésion volontaire active	Présence	Transformation	Transformation

Pouvoir : Autorité hiérarchique ou professionnel, symbolique et de ressources (Giddens, 1984)

Quelques phénomènes sociaux observés

La confiance en tant que moteur de changement

☀ La confiance :

- ▶ *stimule le désir de coopérer;*
- ▶ *permet de mieux anticiper le comportement de l'acteur;*
- ▶ *rassure sur la compétence, la bienveillance et l'éthique de travail;*
- ▶ *se solde par la disposition à prendre un risque.*

☀ La méfiance crée le phénomène inverse. Elle :

- ▶ *attise la suspicion;*
- ▶ *incite les acteurs à faire preuve de réserve*
- ▶ *restreint le désir d'interagir.*

La confiance simplifie l'action stratégique

La confiance se construit dans le cours des interactions

L'importance d'un contexte stable : *La permanence des acteurs et la stabilité des structures sociales favorisent le développement d'un climat d'échange propice à l'émergence du changement.*

Concepts, dispositifs et outils pour rendre prévisible le changement

- Cadre conceptuel pour l'étude d'un parcours de soins
- Six stratégies pour impliquer les professionnels cliniques dans une démarche de transformation des pratiques cliniques
- La construction d'une relation de confiance
- L'agir communicationnel
- L'apprentissage collectif

Cadre conceptuel tenant compte des réalités

opérationnelles et sociales

Six préoccupations	Éléments retenus pour étude
A – La centralité des patients - et de leurs proches aidants –	<ul style="list-style-type: none">• Particularité et caractéristiques des patients pour chacune des clientèles cibles• Les attentes et besoins particuliers pour chacune des populations/sous-populations cibles• Les préoccupations (motivations, craintes, angoisses, etc.) des patientes et de leurs proches
B – Le positionnement des acteurs interpellés dans la trajectoire de soins	<ul style="list-style-type: none">• Les principaux acteurs cliniques interagissant dans la trajectoire de soin• La nature et les attentes à l'égard des activités qui leur sont assignées : Ce que l'on attend d'eux• La compréhension (interprétation) du clinicien aux besoins et aux attentes de la clientèle cible.• La réponse du clinicien à l'égard des attentes qui lui sont dévolues
C– La particularités structurelles et organisationnelles.	<ul style="list-style-type: none">• Les lieux physiques des milieux de pratique• Les particularités de la technologie employée• La mesure : Indicateurs de qualité et de performance, les structures d'évaluation et de contrôle• Les structures de pouvoir, les modes d'organisation du travail ainsi que les stratégies d'intégration
D – La contingence des modes opératoires, notamment les pratiques cliniques	<ul style="list-style-type: none">• L'agencement (séquence) des tâches et des activités particulières• Un ou des lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace)• Le temps requis pour le déroulement des tâches et des activités (la durée)• Le sentiment d'urgence (le temps)• Les modes d'intervention (pratiques cliniques) des acteurs impliqués
E – La particularité des structures de coordination	<ul style="list-style-type: none">• Les processus décisionnels, en précisant qui, comment, quand, et avec quelle information la décision est prise. (ex. l'admission, la rétention et le congé des patients)• Les règles, les protocoles et les conventions se référant à l'exécution des tâches et des activités• Les modes de communication• La particularité des rapports sociaux entre prestataires des soins et des services
F - La gestion de l'information	<ul style="list-style-type: none">• L'information nécessaire et/ou disponible à l'exécution des activités cliniques aux points de services• La façon dont elle est créée ; l'implication des cliniciens à la création/modification de l'information• La façon dont elle est emmagasinée et diffusée• Les exigences et les correctifs pour assurer une continuité informationnelle fluide

Six stratégies répertoriées pour impliquer les professionnels cliniques dans une démarche de changement

L'art de faire participer les médecins spécialistes aux stratégies de changement en milieu hospitalier | André Côté (Gestion, printemps 2007)

3 phénomènes

- Les gestionnaires n'ont pas le pouvoir de s'immiscer dans les opérations cliniques
- Expérience heureuse = diminution de la perception du risque / Expérience malheureuse = renforcement des préjugés
- Les spécialistes s'opposent aux démarches se traduisant par une formalisation et une uniformisation de leurs pratiques cliniques

6 stratégies

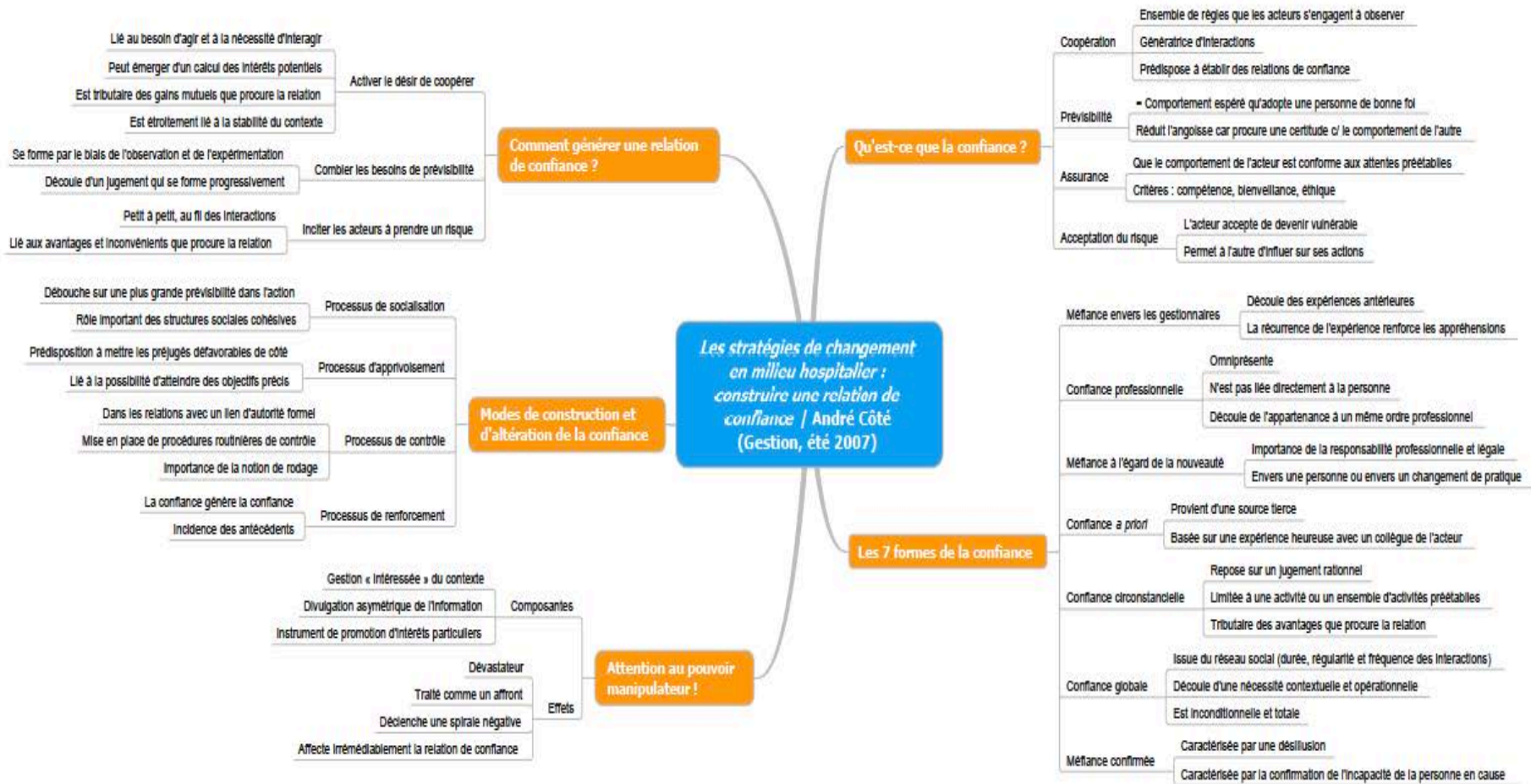
- Recourir à la **contrainte**
 - Importance des enjeux diminue résistance aux changements
 - Impératifs budgétaires
- Mettre en place une structure d'encadrement
 - Chargés de projet
 - Faire participer les acteurs à la démarche
- Doter la démarche d'un **objectif symbolique rassembleur**
 - Incite l'ensemble des acteurs à travailler de concert
 - Permet l'émergence d'un dialogue
 - Incite les acteurs à s'investir dans comités ou activités
 - Permet l'adhésion
- Répondre à certaines **attentes particulières**
 - Faire prendre conscience des avantages des changements
 - Exemples : allègement de la charge de travail, plus grande autonomie
- Recourir à la **persuasion**
 - Pressions constantes
 - Apport des données probantes
 - Visent à introduire un concept et à en établir la pertinence
 - Ne brusquent pas les routines établies
- Utiliser des **projets pilotes**
 - Facilitent l'adhésion
 - Permettent aux intervenants de se familiariser
 - Donne l'occasion de segmenter le projet en plusieurs étapes

3 facteurs de mise en oeuvre

- Présence de **structures sociales cohésives**
 - Permet implantation progressive
 - Incitent les médecins à uniformiser leurs pratiques
 - Favorisent l'adoption d'une position commune
 - Contraignent les médecins à mettre en pratique les transformations
- Stabilité du contexte** dans lequel le changement s'intègre
 - Favorise l'émergence, la fréquence, la régularité et l'intensité des interactions
 - Chaque médecin prend conscience des préoccupations et des attentes des autres
- Confiance**
 - Incite les acteurs à se concerter
 - Incite les acteurs à s'engager dans l'élaboration et la mise en oeuvre d'une action collective

Voir synthèse de l'article *Les stratégies de changement en milieu hospitalier : construire une relation de confiance*

La construction d'une relation de confiance



L'agir communicationnel

- Un changement réel et pérenne ne peut se produire que par une transformation des structures sociales
- Nécessité de développer un sens commun
- Développer une compréhension (interprétation) commune du contexte et des événements vécues ou que l'on désire faire vivre à une population cible.

“ In communicative rationality, focus is placed on creating common meanings between participants negotiation where participants reevaluate their self understanding and understanding of their world. This is the point of departure for the development of social learning between 2 or more subjects.” (Norman AC, Fritzen L, Fridh ML)



Passer d'une logique stratégique à une logique communicationnelle

L'action stratégique est caractérisé par des exigences d'efficacité et de contrôle notamment en abordant des questions telles que

- Comment mieux exploiter les ressources économiques et humaines ?
- Comment établir ou maintenir une position d'autorité (pouvoir) dans nos relations d'échange ?
- Comment accroître le niveau de performance ?
- Quels sont les indicateurs les mieux appropriés pour mesurer les résultats ?

L'agir communicationnel favorise l'apprentissage organisationnel en englobant des questions telles que :

- En quoi le point de vue d'un médecin diffère-t-il de celui d'une infirmière?
- Comment ces perspectives peuvent-elles se compléter pour intégrer les connaissances professionnelles des soins de santé?
- Comment le dialogue peut-il réduire la différence de statut entre ces participants pour qu'il existe une relation symétrique?

Mettre l'emphasis sur l'apprentissage organisationnel

- En cherchant à **s'approprier des nouveaux savoirs** créés par des individus
- En identifiant **les freins à l'apprentissage** (routines) et en les faisant reconnaître aux intéressés
- En favorisant les **interactions individuelles**
- En mettant l'action sur **la dimension collective de communication** notamment sur le discours
 - Le discours ne permet pas seulement à chacun de participer à l'action collective, il donne également l'occasion d'apprendre par comparaison des différentes perspectives exprimées. Il est donc non seulement le médium, mais également le produit de l'action collective.
- En inventant **des modes de gestion** apte à favoriser l'apprentissage collectif

Un appel à la responsabilité des acteurs

Une personne responsable recherche une compréhension réciproque. Ses actes sont alors fondés sur « **des prétentions à la validité intersubjectivement reconnue** ». (Habermas, 1987)

Trois types de prétentions à la validité :

- **La réalité objective** : la validité fondée sur l'évidence de la logique ou de l'efficience
- **La réalité sociale** : la référence à une norme reconnue au sein duquel s'inscrit l'action
- **La réalité subjective** : une expérience reconnue comme crédible par l'interlocuteur, ou la sincérité du désir ou du sentiment du locuteur, ou encore la cohérence entre les actes et les discours

Ainsi est considérée comme responsable selon Habermas la personne qui se comporte de manière rationnelle, c'est-à-dire si ses actes sont reconnus comme valides en référence à la sincérité d'une expérience subjective, à la logique ou l'efficience d'un « monde objectif », ou encore en accord avec les normes sociales du groupe.

■ Une modification des règles de communication

	L'action stratégique	L'agir communicationnel
Rationalité des arguments	Elle se limite uniquement à la validité objective (efficacité et efficacité)	Basés sur des critères de validité reconnus « intersubjectivement » .
But de la communication	Atteindre un but et de convaincre l'autre d'y adhérer	L'objet de la communication est d'atteindre une compréhension mutuelle
Rapports sociaux	Asymétrique : Fondé notamment sur une hiérarchie établie	Symétrique : N'accepte pas la domination d'une personne dans la communication
Position du sujet	Compréhension égocentrique du monde	Décentration du sujet.
Modèle	Téléologique , chaque agent calcule les moyens et les fins pour atteindre ses propres buts	Les acteurs cherchent à coordonner leurs actions par le moyen de l'accord mutuel, qui commence par la négociation des interprétations mutuelles
Mode d'apprentissage	Individuel	Social (organisationnel)
Forme de communication	Démonstration, discussion fermée	Dialogue, discussion ouverte
Cadre pédagogique	L'apprentissage repose sur la documentation d'expériences vécues ou interprétées	Un cadre théorique pré-déterminé



Le processus de création du savoir collectif

Phase	Description
Socialisation	Processus de partage des expériences individuelles . Les connaissances tacites se transmettent par socialisation, c'est à dire par un vécu commun aux différents participants, les savoirs se transmettent donc par apprentissage.
Extériorisation :	Processus qui permet de rendre explicite la connaissance tacite . Ses supports sont essentiellement la parole et l'écriture. Partant de la connaissance tacite, l'extériorisation permet la création de nouveaux concepts explicites. Le dialogue et la réflexion collective y occupent donc une place prépondérante.
Combinaison	Processus de systématisation de concepts en un système de connaissances via les moyens de communication utilisés dans l'entreprise (documents, réunions, TIC). Une nouvelle connaissance formalisée au cours de l'étape précédente (extériorisation), est ainsi intégrée dans le système d'information interne existant.
Intériorisation	Processus d'incorporation de la connaissance explicite en connaissance tacite ». Ce quatrième mode de conversion permet aux individus de s'approprier les connaissances formalisées (issues de la socialisation, de l'externalisation et de la combinaison des connaissances). Il s'agit ici de l'intégration des connaissances explicites à la connaissance tacite individuelle.



Bref survol de deux démarches d'implantation en cours

- Implantation de l'approche des microsystèmes cliniques au département de cardiologie (4^e central) à l'institut universitaire en cardiologie et en pneumologie de Québec – Université Laval
- Le programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants (0-5 ans) au Burkina Faso (PASME-2)

■ Microsystème clinique au 4^e Central

Problématique

Fusion difficile de deux unités de soins en cardiologie pour en former une seule, la 4 Central (55 lits).

But de l'étude

Une analyse approfondie de la réalité de travail au 4^e Central pour identifier les zones d'amélioration et pour développer, implanter et évaluer un modèle de référence consensuel permettant une prise en charge optimale de la clientèle

De façon précise

Acquérir une compréhension beaucoup plus fine des particularités des différentes clientèles traitées

Rechercher les zones d'amélioration permettant une prise en charge optimale de la clientèle

Développer un modèle de référence consensuel, efficace, robuste et adapté aux particularités de chacune des clientèles cibles

Mettre en place un programme de formation et d'accompagnement

Accompagner dans la mise en œuvre du modèle de référence consensuelle et de fournir les outils de gestion

Évaluer à des fréquences spécifiques tout au long de la démarche les effets sur les indicateurs de performance retenus.

Le modèle conceptuel employé

Un modèle conceptuel qui porte une attention toute aussi grande à la dynamique sociale qu'à la réalité opérationnelle

Réalité opérationnelle

- Un dialogue constant entre les patients et les intervenants cliniques
- Un mode d'organisation qui affine à la fois les processus opérationnels et les dynamiques d'apprentissage
- La prépondérance à la mesure et aux données probantes
- Un système d'information agile

Dynamique sociale

- Une importance prépondérante au jeu des acteurs (patients, proches aidants et intervenants) aux attentes à leur égard et leur positionnement
- Une importance tout aussi grande aux structures de pouvoir et d'autorité, aux modes d'organisation du travail, aux structures de coordination, de coopération et de suivi, aux règles, protocoles, conventions en vigueur, aux modes de communication et aux rapports sociaux.

Six dimensions, six préoccupations

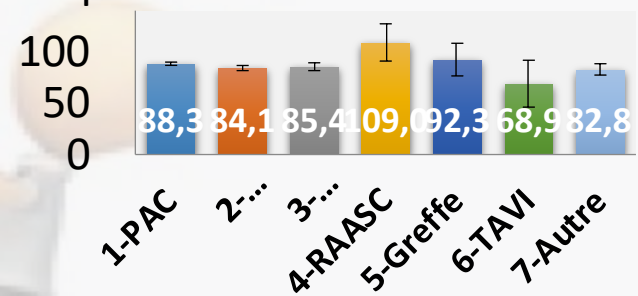
A – La centralité des patients - et de leurs proches – dans le parcours de soins	<ul style="list-style-type: none">○ Particularité et caractéristiques des patients pour chacune des clientèles cibles○ Les attentes et besoins particuliers pour chacune des populations/sous-populations (diagnostics) cibles tout au long du parcours de soins○ Les préoccupations (motivations, craintes, angoisses, etc.)
B – Le positionnement des cliniciens dans la conception et l’opérationnalisation des activités cliniques	<ul style="list-style-type: none">○ Les principaux acteurs cliniques interagissant dans la trajectoire de soins○ La nature et les attentes à l’égard des activités qui leur sont assignées○ La compréhension du clinicien en ce qui a trait aux besoins et aux attentes de la clientèle cible.○ La réponse du clinicien à l’égard des attentes qui lui sont dévolues tant par la clientèle, l’organisation et ses interactants cliniques
C– Particularités structurelles et organisationnelles.	<ul style="list-style-type: none">● Les lieux physiques des milieux de pratique, la particularités de la technologie employée● Les indicateurs de qualité et de performance, les structures d’évaluation et de contrôle● Les structures administratives (les structures de pouvoir et d’autorité, les modes d’organisation du travail ainsi que les stratégies d’intégration
D – Les modes opératoires, notamment les pratiques cliniques	<ul style="list-style-type: none">○ L’agencement (séquence) des tâches et des activités particulières Un ou des lieux où se déroulent les tâches et les activités (l’espace)○ Le temps requis pour le déroulement des tâches et des activités (la durée)○ Les modes d’intervention (pratiques cliniques) des acteurs impliqués
E – La particularité des structures de coordination	<ul style="list-style-type: none">○ Les processus décisionnels (ex. l’admission, la rétention et le congé des patients)○ Les règles, les protocoles et les conventions se référant à l’exécution des activités○ Les modes de communication○ La particularité des rapports sociaux entre prestataires des soins et des services
F - La gestion de l’information	<ul style="list-style-type: none">○ L’information nécessaire et/ou disponible à l’exécution des activités cliniques○ La façon dont elle est créée ; l’implication des cliniciens à la création de l’information○ La façon dont elle est emmagasinée et diffusée○ Les exigences et les correctifs pour assurer une continuité informationnelle fluide

La façon dont nous procédons

Un site	le 4 ^e Central à l'IUCPQ-UL	Nous considérons que les enseignements acquis dans cette unité pourront être diffusés dans les autres unités par la suite.
Stratégie d'intervention	<i>Soft System Methodology (SSM)</i>	Conçu pour les problèmes complexes et peu structurés, elle se déploie en trois temps : 1) définir la problématique , 2) concevoir un modèle de référence 3) proposer un plan d'action
La collecte, la codification et la compilation des données	<p>* Une revue exhaustive de la documentation disponible * L'analyse des dossiers patients * La filature des patients hospitalisés Le « Nursing Activity Score » * L'entrevue individuelle ou de groupe</p>	
L'analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Le journal de bord et les fiches résumées • La codification des données • Le travail en équipe 	
Une posture de co-construction	Tant avec les intervenants cliniques qu'avec les patients et leurs proches	<ul style="list-style-type: none"> • Un comité de conception et de suivi du projet de recherche (en cours) • Une volonté d'inclure des patients en tant que partenaire

Nos premières observations

- Une regroupement de la clientèle qui répond à des préoccupations médicales mais pas nécessairement à celles du personnel infirmier
- Une très grande variabilité en ce qui a trait aux besoins de la clientèle
- La complexité (lourdeur) des cas est également importante en raison du nombre significatif de comorbidités
- Une intensification du travail infirmier
- Une variabilité de la durée moyenne du séjour hospitalier à l'Unité
- La pertinence de sectoriser la clientèle par sous-groupes homogènes
- L'importance de développer une expertise nursing particulière permettant d'offrir des soins optimum aux patients se retrouvant à l'intérieur d'un même sous-groupe homogène
- La possibilité de couvrir plusieurs sous-groupes de clientèles homogènes avec une même expertise particulière

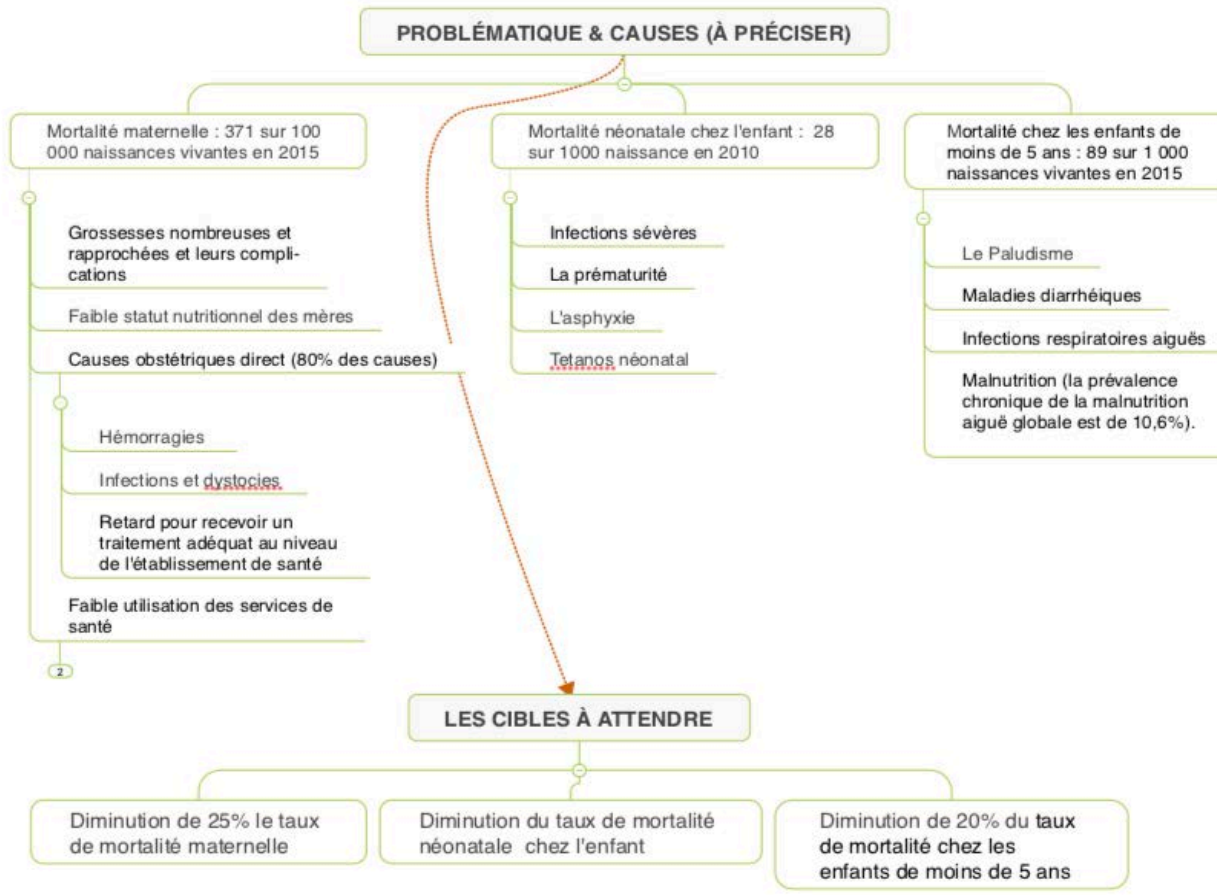


Bref survol de deux démarches d'implantation en cours



- Implantation de l'approche des microsystèmes cliniques au département de cardiologie (4^e central) à l'institut universitaire en cardiologie et en pneumologie de Québec – Université Laval
- **Le programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants (0-5 ans) au Burkina Faso (PASME-2)**

Programme d'amélioration de la santé des mères et des enfants (0-5 ans) au Burkina Faso



Ce que nous cherchons à faire

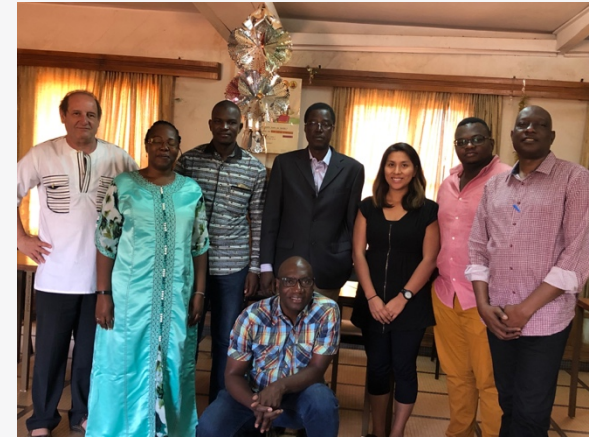
- Documenter
 - le parcours de santé actuel des mères et de leur nourrisson
 - les interventions des agents de santé à base communautaire (ASBC)
 - les pratiques professionnelles et interprofessionnelles
- Rechercher les zones d'amélioration
- Formaliser et implanter un modèle de référence
- Accompagner les équipes terrains cliniques dans la mise en œuvre
 - du modèle de référence consensuel
 - des outils de gestion nécessaires à l'implantation des améliorations visées



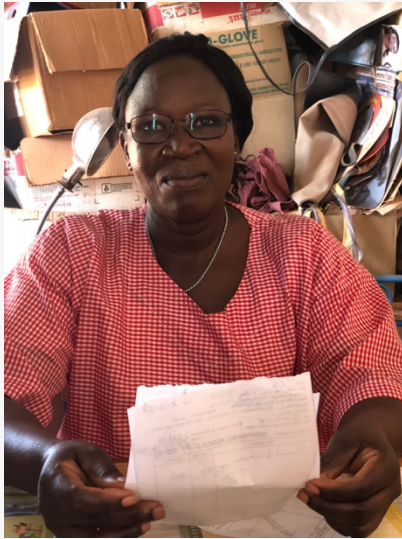
Cadre conceptuel : Six dimensions et six préoccupations

Dimensions	Éléments étudiés dans chacune des dimensions retenues
A– L'expérience patiente (par point de services ou la trajectoire dans sa globalité)	<ul style="list-style-type: none">• La trajectoire (circuit) patiente• Les préoccupations (motivations, craintes, angoisses, etc.) des patientes et de leurs proches• Interactions (échanges) avec le milieu communautaire (ASBC)• Interactions (échanges) avec le milieu clinique : Les prestataires de soins en CSPS• Les suggestions et correctifs proposés (incluant leurs besoins et leurs préoccupations) par ces dernières et leurs proches pour accroître la qualité, la sécurité et l'accès des soins et des services offerts
B– Particularités structurelles, organisationnelles et opérationnelles de chacun des points de services.	<ul style="list-style-type: none">• Les lieux physiques des milieux de pratique• Les particularités de la technologie employées• Les règles et les conventions en vigueur• La particularité des échanges entre les agents du milieu communautaire (ASBC) et les intervenants cliniques• La particularité des rapports sociaux entre prestataires des soins et des services
C– La place des intervenants	<ul style="list-style-type: none">• Les principaux acteurs interagissant dans l'épisode de soins• La nature et les attentes à l'égard de la tâche : Ce que l'on (gestionnaires et patientes) attend d'eux• La compréhension de l'acteur en ce qui a trait aux tâches qui lui sont dévolues
D– Les modes opératoires	<ul style="list-style-type: none">• L'agencement des tâches et des activités particulières• Un ou les lieux où se déroulent les tâches et les activités• Le temps (période) approprié pour effectuer les activités• La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités• Les modes d'intervention des acteurs impliqués• La description des processus décisionnels, en précisant qui, comment, quand, et avec quelle information la décision est prise.
E– Les structures de coordination	<ul style="list-style-type: none">• Les structures administratives (les structures de pouvoir et d'autorité, les modes d'organisation du travail ainsi que les stratégies d'intégration)• Les règles, les protocoles et les conventions se référant à l'exécution des tâches et des activités• Les modes de communication et la particularité des rapports sociaux• Leadership et pouvoir (notamment du district)
F– La gestion de l'information	<ul style="list-style-type: none">• L'information nécessaire et/ou disponible à l'exécution des activités cliniques• La façon dont elle est créée ; l'implication des cliniciens à sa création/modification• La façon dont elle est emmagasinée et diffusée• Les exigences (correctifs) pour une continuité informationnelle fluide

La communauté comme partenaire



Un approche terrain

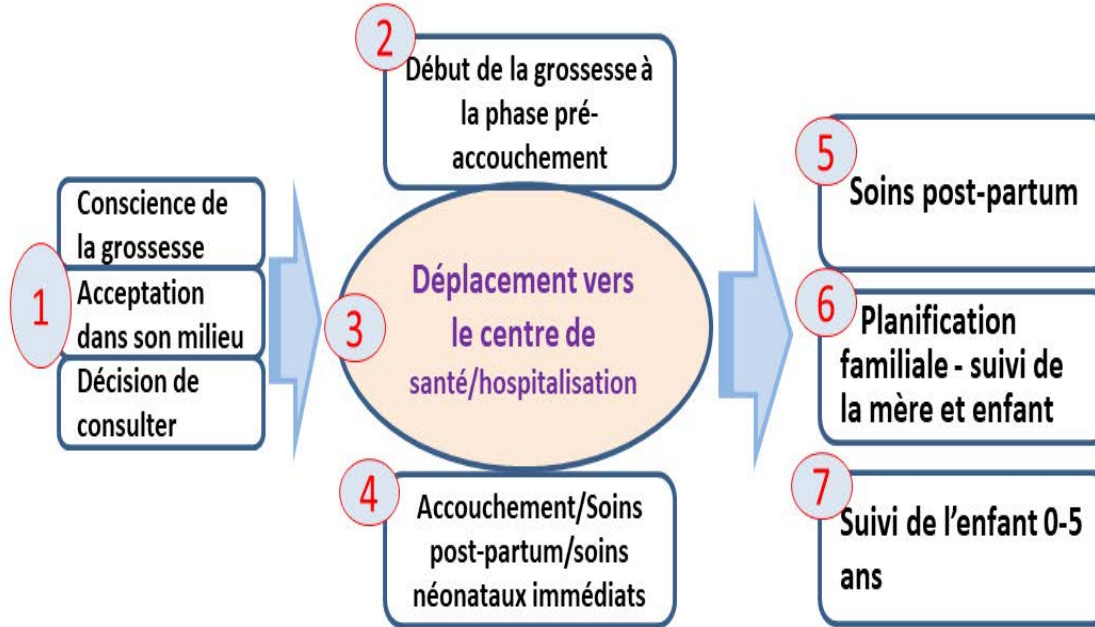




Une région, deux districts, quatre centres de santé et de prévention sociale (CSPS)

District		Koudougou		District de RÉO	
CSPS		LOAGA (Rural)	Secteur 10 (Urbain)	Pouni-Nord (Rural)	Secteur 9 (urbain)
Focus Group	Mères	1 (13)	1 (10)	1 (11)	1 (12)
	Belles-mères	1 (12)	1 (11)	1 (12)	1 (13)
Entrevues individuelles	Mères	3	3	3	3
	Agents de santé	ICP (Major) Sage-femme	ICP (Major) Sage-femme Accoucheuse auxiliaire	ICP (Major) Sage-femme Accoucheuse auxiliaire	ICP (Major) Sage-femme
	Membres du COGES	2	4	2	4 (en deux entrevues)
	ASBC	2	2	4	2
Observation non participante	CPN	3	3	3	3
	CNS	3	3	3	3
Filature ethnographique		--	1 (sage-femme durant les CPoN) 1 (auxiliaire accoucheuse durant des CPN)	--	--

Le parcours de la mère et de son enfant



Nos premières observations

Problématique se référant au parcours de la femme et de son nouveau-né

- Les dynamiques interactionnelles entre les femmes et les agents de santé
- La présence des Ivoiriennes au CSPS.
- L'importance de tenir compte des tradipraticiens dans le parcours de la femme
- La notion de gratuité pose problème
- Le manque de médicament

La problématique des agents de santé à base communautaire

- Les divergences dans la compréhension de leurs fonctions
- La particularité des besoins en zone urbaine VS en zone rurale
- Le problème de rémunération
- La faible représentativité des femmes

La prestation des soins et des services de santé

- La problématique liée aux stratégies avancées
- La difficile délégation des tâches
- Un problème dans la répartition du personnel
- L'organisation du travail également pose problème

La problématique de GOUVERNANCE en santé communautaire

La continuité informationnelle

La problématique de GOUVERNANCE en santé communautaire

Problématique

- Manque de connaissance, de qualification et de disponibilité
- Des rôles diffus et peu compris par tout en chacun
- L'agent itinérant en santé : Un rôle qui a été travesti au fil du temps
- Le peu d'implication des membres du COGES dans les activités du CSPS.
- Le besoin de formation

But de l'intervention

Développer des compétences en gestion et leur mise en pratique par les acteurs impliqués dans gouvernance d'un CSPS

L'approche retenue

Des formations in situ mettant l'accent sur une compréhension commune des rôles, des responsabilités et des tâches des acteurs concernés

La clientèle cible

- Les membres du comité de gestion des CSPS
- Les agents de santé : l'infirmier-chef de poste, son adjoint, la sage-femme et l'agent itinérant en santé
- Les agents de santé à base communautaire
- Un représentant du comité de village pour le développement (CVD)
- Le gérant du dépôt pharmaceutique

La finalité recherchée : l'appropriation des rôles par chacun en mettant à la fois l'accent sur la dynamique sociale entre la communauté et les agents de santé et la fluidité des échanges entre les différents acteurs concernés



Les objectifs spécifiques de la formation

1. Expliquer **les rôles et les responsabilités de chacun** des membres d'une équipe et la complémentarité entre ces rôles. De façon précise, chaque apprenant devrait être capable :
 - a. De décrire de façon explicite son propre rôle
 - b. D'expliquer les rôles des autres intervenants
 - c. D'expliquer les interactions entre son rôle et celui des autres apprenants.
2. Identifier **les contraintes opérationnelles, organisationnelles et structurelles** facilitant ou rendant difficile l'exécution des rôles attendus (Réalité sociale)
3. **Développer et tester les dispositifs appropriés** (les outils, les structures sociales, formation, ressources, etc) permettant d'assumer adéquatement leurs rôles et responsabilités.
4. **Développer une dynamique interactionnelle favorable au travail interdisciplinaire** notamment par le dialogue, la consultation et la coordination du travail de chacun.
5. **Identifier des besoins futurs en acquisition de connaissances**, en développement d'outils contextualisés et en dispositifs à développer pour permettre à l'actant qui le sollicite dans un avenir rapproché, d'acquérir individuellement ou collectivement les connaissances désirées et de développer les compétences à mobiliser dans l'exercice de leurs fonctions.
6. Identifier les façons de faire les plus simples et les plus appropriées pour rendre accessibles les formations requises.

La stratégie d'apprentissage

Une stratégie en trois temps qui a pour objet de développer une **compréhension intersubjective** de la réalité de chacun par le biais des échanges

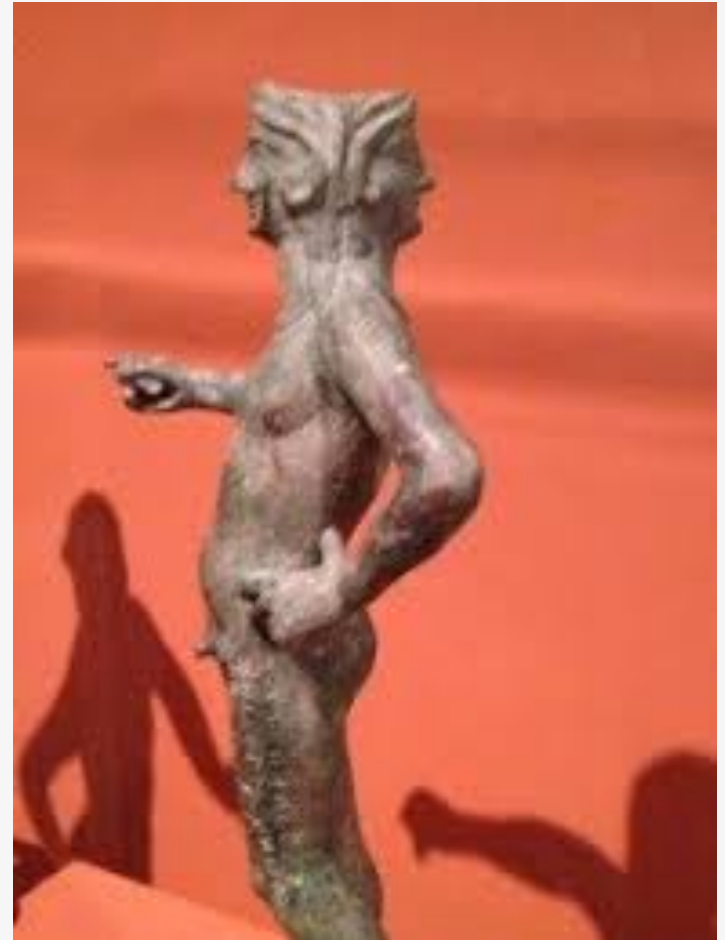
- 1. Échanger sur les perceptions de tout un chacun** en ce qui a trait à la compréhension de leur rôle respectif et à ceux des autres avec lesquels ils interagissent. Échanger également sur la compréhension de chacun en ce qui a trait aux besoins et aux attentes des autres à leur égard ; **l'objectif étant de comprendre la réalité subjective telle que perçue par chacun.**
- 2. Confronter cette compréhension avec les aléas de la réalité objective**, soit les attentes institutionnalisées en ce qui a trait à chacun des postes, à chacun des rôles (rôles, responsabilité, tâches à accomplir, normes, règles, etc.). **L'objectif est ici de développer une compréhension commune de la réalité objective et de formuler une réponse adéquate à l'égard des attentes qui leur sont faites.**
- 3. Contingenter les réponses émises au contexte social particulier** de chacun des CSPA.

Le plan de formation

Jour /Modules	Thèmes et sous-thèmes à aborder	Approches pédagogiques
1 - Compréhension du rôle des actants et de ceux des interactants (Réalité subjective)	Perceptions de chacun en ce qui a trait à la compréhension de leur rôle respectif et à ceux des autres	Tour de table
	Compréhension de chacun en ce qui a trait aux besoins et aux attentes des autres à leur égard	
	Comprendre comment chacun se définit par rapport à son rôle et par rapport aux rôles des autres	Exposé – Tour de table
	Retour sur les résultats de la collecte préliminaire	Exposé – Tour de table
2 Attentes institutionnelles à l'égard du rôle joué par les actants et leur positionnement (Réalité « objective »)	Les attentes institutionnalisées en ce qui a trait à chacun des postes, à chacun des rôles	Formation théorique – Lecture préalable
	Compréhension des intervenants à l'égard des attentes formulées au niveau institutionnel	Jeux de rôles – Étude de cas
	Leur positionnement face aux attentes émises	Bref retour en plénière
3 - Les contraintes opérationnelles, organisationnelles et structurelles rendant difficile l'exécution des rôles attendus (Réalité sociale)	Retour sur les résultats de la collecte préliminaire	Exposé et échanges
	Difficultés rencontrées pour assumer adéquatement leurs rôles	Plénière en groupes ou en sous-groupes
	Les façons de faire pour favoriser le travail collaboratif	
	Les stratégies à mettre en place pour améliorer la collaboration entre les agents de santé et la communauté	Échanges en plénière
4 - Les dispositifs à renforcer et/ou à mettre en place pour justement faciliter l'exécution des rôles attendus (Outils ...)	Échanges sur les dispositifs déjà en place dans un dessein de renforcer les forces et de travailler à annihiler les faiblesses	Retour sur la collecte de données
	Dispositifs à concevoir ou à adapter pour mieux assumer leur rôle au quotidien, pour mieux travailler ensemble et pour pérenniser, les interactions entre le CSPS et sa communauté	Plénière en groupes ou en sous-groupes
	Appropriation de ces outils	Simulation – jeux de rôles, étude de cas

■ Conclusion !

- La trajectoire de soins comme unité d'analyse des pratiques cliniques dans un établissement de santé
- La réalité opérationnelle et la réalité sociale vont de pair pour une fine compréhension des pratiques cliniques et leurs processus de changement
- La confiance comme vecteur du changement
- L'agir communicationnel comme moteur du changement





*Quand souffle le vent du
changement, certains
construisent des murs,
d'autres des moulins.*

Proverbe chinois

Merci de votre attention !