



FACULTÉ
DE MÉDECINE



Master 2^{ème} année Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

L'Hospitalisation À Domicile :
Une organisation efficiente à effectifs constants

ECUE 3.2

Mr Patrick FARNAULT / Mr Dominique LETOURNEAU

Gladys JARRU
Année 2019/2020

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

« Si je veux réussir à accompagner un être vers un but précis, je dois le chercher là où il est, et commencer là, justement là. »

Kierkegaard, philosophe Danois

REMERCIEMENTS :

Je tiens tout d'abord, à remercier Mme Franzin-Garrec, directrice des soins et de la qualité de la Fondation Santé Service, qui a soutenu mon inscription à la formation MASTER II des organisations soignantes. Cette année m'a permis de développer mon esprit d'analyse qui sera nécessaire pour poursuivre mon projet professionnel.

Mes remerciements s'adressent particulièrement à Mr Letourneau Dominique et Mr Farnault Patrick, pour leur supervision éclairée durant toute la rédaction de ce projet managérial. J'ai apprécié leur disponibilité et leurs conseils qui ont su me conforter, lors de chacun de nos échanges.

Je remercie, également Mr Farnault Patrick, dans sa mission de directeur de l'ESM pour la richesse des apports théoriques de la formation et la qualité de l'enseignement.

Pour « la promo 2019-2020 » : merci pour cette formidable année riche en rencontre et en partage. Malgré le contexte sanitaire actuel, nous sommes parvenus à garder le lien.

Enfin, je remercie chaleureusement mon mari et mes filles pour de si nombreuses raisons qui, si je devais les énumérer, nécessiteraient plus de mots que ceux utilisés pour la rédaction de mon projet managérial. Vous avez su, une nouvelle fois, être présents et à l'écoute : Un soutien sans faille.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
1 L'HOSPITALISATION À DOMICILE	6
1.1 La naissance d'un concept.....	6
1.2 L'Hospitalisation À Domicile évolue	6
1.3 L'Hospitalisation À Domicile une dynamique nationale de développement.	8
1.4 L'Hospitalisation À Domicile aujourd'hui.....	9
2 LA FONDATION SANTÉ SERVICE	13
2.1 Pôle FORMATION.....	14
2.2 Pôle MEDICO-SOCIAL	14
2.2.1 Les Services de Soins Infirmiers À Domicile	14
2.2.2 Les Équipes Spécialisées Alzheimer.....	14
2.2.3 La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer.....	15
2.3 Pôle CONSEIL.....	15
2.4 Pôle PRESTATAIRE DE SOINS À DOMICILE.....	15
2.5 Pôle RECHERCHE et INNOVATION	15
3 PÔLE SANITAIRE	16
3.1 L'Hospitalisation À Domicile dans son territoire	16
3.2 Au cœur de la Fondation.....	17
3.2.1 L'organisation interne.....	17
3.2.2 L'organigramme.....	18
3.2.3 Le patient au centre de nos préoccupations.....	19
3.2.4 Une dynamique d'amélioration continue de la qualité	20
3.3 Les prises en charge	20
4 LES DEMANDES DE PRISE EN CHARGE	25
4.1 Le processus national de prise en charge.....	25
4.2 Le processus de la demande de prise en charge à Santé Service	26
4.3 Les cadres de santé.....	27
4.3.1 La coordination	28
4.4 Les Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat	29
4.4.1 L'attractivité pour les infirmiers	30
5 LE MANAGEMENT DES COMPÉTENCES.....	32
5.1 Une organisation apprenante	32

5.2 Les compétences	34
5.3 L'évaluation.....	34
5.4 Les entretiens professionnels	36
5.5 Les formations.....	38
5.6 Les réunions hebdomadaires.....	38
5.7 Les projets transversaux	39
6 LES INFIRMIERS LIBÉRAUX.....	40
6.1 Une spécificité.....	40
6.2 Un partenariat	40
6.3 Une collaboration avec la Fondation.....	41
6.4 Une collaboration pour le patient	42
7 LE PROJET de l'idée à la concrétisation	43
7.1 Le cadrage.....	43
7.2 Les enjeux	44
7.3 Les acteurs.....	45
7.4 Les outils	45
7.5 Le temps	47
8 L'HARMONISATION DES PRATIQUES	49
8.1 Les forces	49
8.2 Les faiblesses.....	51
8.3 Les opportunités.....	52
8.4 Les menaces	53
8.5 L'analyse de ses pratiques	54
8.6 L'accompagnement des infirmiers libéraux.....	56
8.7 L'évaluation du projet	58
9 L'ACCOMPAGNEMENT DES CADRES	59
9.1 La conduite du changement	59
9.2 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences	61
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXES.....	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HAD : Hospitalisation À Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

ESM : Ecole Supérieure Montsouris

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements des HAD

EHPAD : Etablissements Hospitaliers pour Personne Agées Dépendantes

SPASAD : Service Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

SSR : Service de Soins de Réadaptation

DPC : Développement Professionnel Continu

PSAD : Prestataire de Soins À Domicile

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

ARS : Agence Régionale de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

CSS : Cadre Supérieur de Santé

CDS : Cadre de Santé

PC : Prise en Charge

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

VAD : Visite À Domicile

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

IDE L : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Libérale

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences

INTRODUCTION

L'offre des soins hospitaliers évolue depuis plusieurs années. Le nombre de lits décroît, les durées de séjours diminuent. L'objectif du gouvernement est de développer une organisation avec une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins selon une logique de gradation de ces derniers. Parallèlement à la fermeture des lits conventionnels, se développent des alternatives à l'hospitalisation.

« La question n'est plus « le domicile est-il possible ? », mais « l'hébergement est-il utile pour mon patient »¹ ?

L'idée est de développer un continuum à l'hospitalisation. La finalité est de pouvoir offrir au patient la prise en charge la plus adaptée en fonction des besoins en soins qu'il nécessite. Aujourd'hui, le système de santé ne répond pas aux attentes des usagers de la santé et ne satisfait pas les professionnels de santé.

Et dans cette dynamique, les établissements d'Hospitalisation À Domicile contribuent à la mise en œuvre de « Ma santé 2022 ». L'HAD est un modèle d'hospitalisation efficient. *« Parce qu'elle permet le maintien à domicile, l'HAD constitue une réponse directe à l'aspiration grandissante de la population d'être soignée dans son environnement familial, quand la situation le permet. En favorisant la coopération entre professionnels, elle contribue en outre à améliorer la qualité et la pertinence des parcours de santé »².*

Dans cette vague de développement de nouvelles structures, j'ai souhaité quitter les murs de l'hôpital afin de découvrir le domicile. Dans un premier temps, au sein d'un prestataire de services, puis j'ai eu l'opportunité de participer, en qualité de coordinatrice à la mise en place du premier Service de Soins Infirmiers À Domicile de l'établissement Santé Service. Ces premières expériences du domicile et de management ont mis en exergue la nécessité de coordination afin d'assurer des prises en charge avec qualité et sécurité. Elle est indispensable car les salariés aides-soignants d'un SSIAD ne sont pas les seuls qui gravitent autour des patients. De nombreux partenaires dont les Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux permettent alors aux personnes en perte de d'autonomie de rester plus longtemps au sein de leur lieu de vie.

Depuis 2014, je vis ma troisième expérience du domicile au sein d'une HAD, une autre alternative à l'hospitalisation. L'HAD de la Fondation Santé Service, où j'exerce en qualité de cadre de santé, est une réponse à la demande gouvernementale de diminuer les dépenses hospitalières. Le coût d'une journée d'HAD est quatre fois inférieur à celui d'une journée en hôpital conventionnel. La prise en charge en HAD coûte ainsi moins cher à la collectivité.

Ces structures ont la même particularité : le centre opérationnel est le domicile du patient et la coordination des partenaires est aussi une des missions du cadre de santé en HAD. Cette mission est chronophage, au regard de la complexité des prises en charge. Face à cette charge de travail, l'institution ne nous positionne que rarement sur des missions de pilotage de projet.

C'est pourquoi, je souhaite une évolution dans mon projet professionnel et ainsi m'investir dans une démarche plus macro au sein de mon institution.

¹<https://www.fnehad.fr/2019/11/06/le-rapport-dactivite-2018-2019-de-la-fnehad-est-disponible/>

²<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/hospitalisation-a-domicile-le-ministere-et-la-has-mettent-en-place->

La richesse des apports théoriques et pratiques du Master II et le temps alloué vont me permettre, je l'espère, d'asseoir ce positionnement au sein de mon institution avec la mise en place d'un projet validé par la direction et l'ESM.

Ce projet est une réponse à un attendu institutionnel. C'est pourquoi avant de le partager, je vais vous présenter l'HAD, son évolution puis plus spécifiquement celle de la Fondation Santé Service.

« Se mettre en mode projet, c'est décider de donner toutes les chances à quelque chose d'aboutir »³.

³ MARCHAT Hugues. Le kit du chef de projet. Editions Eyrolles. Paris. 6eme Edition. Septembre 2018. Page 15

1 L'HOSPITALISATION À DOMICILE

1.1 La naissance d'un concept

Dès 1945, confrontés à une surpopulation, les hôpitaux doivent innover dans de nouveaux dispositifs et développer des alternatives à l'hospitalisation. C'est ainsi, que le professeur BLUESTONE, chef de service à l'hôpital Montefiore de New York créé en 1947 le *Home Care*, fondé d'emblée sur le principe du déplacement des médecins hospitaliers au domicile des patients.

La France expérimentera l'hôpital à domicile en 1951, sur l'initiative du professeur SIGUIER de l'hôpital Tenon à Paris, également confronté à un sureffectif de patients. Il faudra attendre 1957 pour la création officielle de l'HAD de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, suivi en 1958 par Santé Service, une expérience à l'initiative du directeur de l'Institut Gustave Roussy, Pierre DENOIX. *« Le premier objectif est de désencombrer les hôpitaux des malades dont les séjours se prolongent trop, notamment pour des raisons sociales, et d'améliorer la qualité de vie de ces patients »*⁴.

La première convention relative à l'hospitalisation à domicile est signée en 1960 entre d'une part les HAD de Santé Service et de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et d'autre part la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

L'HAD est officialisée par l'article 4 de la loi n° 70-131 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière: *« Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant. »*. C'est la reconnaissance officielle de l'HAD en France.

1.2 L'Hospitalisation À Domicile évolue

Au regard d'une éclosion désordonnée et de formules de soins coûteuses, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés publie une circulaire n° 207 du 29 octobre 1974 et fixe les premières règles de fonctionnement en proposant un cadre médical et administratif. Malgré tout, cela reste insuffisant pour permettre le déploiement des HAD. Des freins se développent de la part des médecins hospitaliers d'une part, qui craignent perdre leur pouvoir et des médecins libéraux, d'autre part pour qui cela ajoute des contraintes et responsabilités : cloisonnement médecine hospitalière / médecine de ville. De plus, malgré l'économie des frais d'hôtellerie, des frais d'amortissement de locaux et équipements coûteux, les organismes payeurs ne constatent pas de diminution du nombre de lits conventionnels. Il persiste des incertitudes des pouvoirs publics quant à l'utilité, le coût, l'efficacité.

Il faudra attendre la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 pour que l'HAD soit réellement reconnue : *« Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile par la complexité et la fréquence des actes. Chaque structure*

⁴ https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-02/2018-02-06_HAD_DREES_rapport.pdf

d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L. 712-8. »

Le personnel de l'HAD s'enrichit d'un médecin coordonnateur chargé d'assurer le bon fonctionnement médical de la structure et d'un cadre infirmier pour trente places autorisées. La permanence des soins et la continuité de la prise en charge doivent être assurées 7 jours sur 7. Les places en HAD sont autorisées dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

Cependant, le développement de l'HAD sera à nouveau bloqué par le décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. En effet, il précise que toute création d'un lit d'HAD dans une zone sanitaire dont les moyens d'hospitalisation sont excédentaires viendra en remplacement d'un lit d'hospitalisation traditionnelle.

Le principe de ce taux de change sera supprimé par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 qui rénove le Schéma d'Organisation Sanitaire. L'objectif est alors de permettre la création de places dans des zones géographiques qui en sont dépourvues. L'HAD devient un volet à part entière du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la troisième génération. Les pouvoirs publics affirment leur intérêt par la circulaire (DHOS/O n° 2004-44) et surtout par un accompagnement financier de 66 millions d'euros sur 2004 et 2005 afin d'atteindre l'objectif de 8 000 places. Une dynamique volontariste de généralisation de l'offre d'HAD sur le territoire national est mise en œuvre.

La Tarification À l'Activité du plan hôpital 2007 offre l'opportunité à l'HAD de faire valoir ses compétences. Une grille tarifaire prend en compte le nombre de patients traités et leur mode de prise en charge. Le coût médical devient pondérable par plusieurs coefficients : coûts de coordination médico-sociale et de fonctionnement de la structure d'HAD, le protocole de soins principal, le premier protocole associé, l'indice de Karnofski (indice de dépendance du patient), et la durée de séjour. L'étendue de la grille va de 44 à 577 euros par jour. Chaque changement de protocole de soins et de degré de dépendance initialise un nouveau séjour.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009, consacre la notion de soins délivrés à domicile. L'HAD fait désormais partie intégrante des modalités de prise en charge hospitalière, au même rang que les soins délivrés avec hébergement en établissement de santé, ou sous forme ambulatoire. L'appellation d'Hospitalisation À Domicile (HAD) est maintenant protégée et ses représentants siègent dans les instances nationales.

L'HAD est bel et bien un modèle d'hospitalisation efficient et satisfaisant pour les usagers de la santé. Dans cette dynamique, avec la Circulaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins/R4 no 2013-398 du 4 décembre 2013, l'État s'engage dans la promotion du développement de l'HAD. Et dans cette perspective, les Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'ensemble des établissements de santé doivent prendre en compte de nouvelles lignes de guidance pour positionner l'HAD à sa juste place dans la gradation des soins, mieux structurer son offre et améliorer son accessibilité et sa professionnalisation.

L'objectif national pour 2018 était quantitatif de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants, mais aussi qualitatifs, à travers les conditions de pertinence, de polyvalence et d'articulation avec les acteurs du domicile dans le cadre d'une gradation des soins à organiser. Cette circulaire préconise l'augmentation des prescriptions de ville, des interventions dans les établissements sociaux et médico-sociaux, des modes de prise en charge en rééducation neurologique, chimiothérapie anti-cancéreuse et soins palliatifs.

« Le développement de l'HAD doit conduire à une amélioration de la prise en charge du patient, ainsi qu'à des gains d'efficacité pour l'assurance maladie »⁵.

1.3 L'Hospitalisation À Domicile une dynamique nationale de développement

Notre société connaît un vieillissement de la population et une augmentation constante de la prévalence des maladies chroniques et des polyopathologies, qui conduisent notre système de santé à évoluer vers une approche centrée sur le parcours de santé de l'usager. A cela s'ajoute la persistance des inégalités. L'objectif est alors d'innover pour rendre notre système de santé plus juste et plus efficace dans le monde d'aujourd'hui. C'est pour ces différents défis que naît la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elle prévoit la création de Groupements Hospitaliers de Territoire, et dessine alors les contours d'une véritable restructuration de l'offre de soins. Le projet médical partagé est le cœur du GHT.

Ainsi, dans chaque groupement, les établissements partis (établissements publics de santé et, le cas échéant, établissements ou services médico-sociaux publics) élaborent un projet médical partagé. D'autres acteurs comme les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile peuvent également, selon des modalités spécifiques, contribuer à l'élaboration du projet médical partagé, sans être parties au GHT. Le projet médical est essentiel pour répondre aux besoins de santé, le GHT ayant notamment pour objet de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés, de qualité et garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

D'ailleurs, l'article L1111-2 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise : « Elle (Toute personne) est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge ».

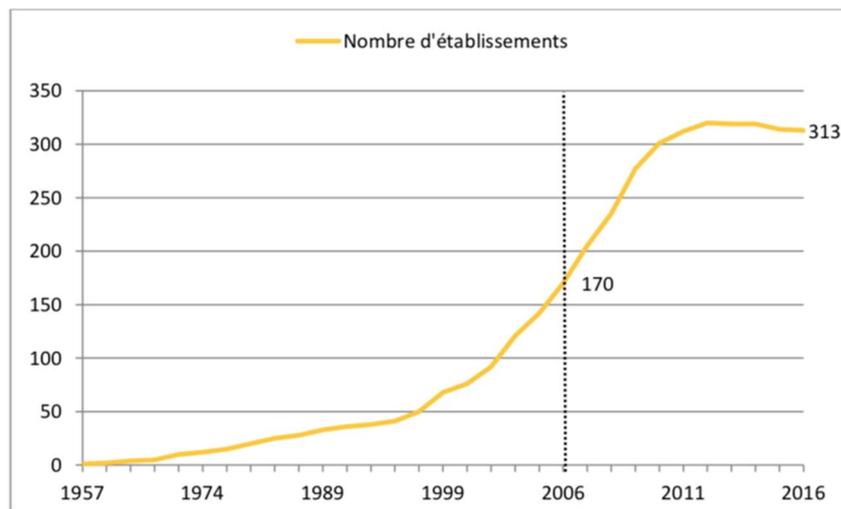
En 2016, 313 établissements coordonnent des prises en charge d'hospitalisation à domicile. En dix ans, l'activité réalisée a plus que doublé : passant de 1,9 million à 4,9 millions de journées⁶.

La série de circulaires a défini le cadre de l'activité et levé les blocages au développement de l'Hospitalisation à Domicile.

⁵ Circulaire DGOS/R4 no 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

⁶ https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-02/2018-02-06_HAD_DREES_rapport.pdf

➤ Graphique 1 • Nombre d'établissements d'HAD de 1957 à 2016



Lecture • En 2016, 313 établissements d'HAD sont comptabilisés, contre 170 en 2006.

Le gouvernement poursuit sa proposition d'une vision d'ensemble et de réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français avec l'annonce en septembre 2018 par le président de la république de la stratégie Ma santé 2022. « *Ma santé 2022 va favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé qui devront travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients. Ma santé 2022 permettra de rassembler les soignants en ville et les soignants à l'hôpital autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français dans les territoires* »⁷.

L'objectif principal est le décroisement par les coopérations en proximité : Ville/hôpital/médico-social - Hôpital public/hôpital privé - Entre professionnels de santé.

Dans ce contexte, l'HAD, structure sanitaire en ville présente les atouts nécessaires pour faciliter les échanges et la coordination.

1.4 L'Hospitalisation À Domicile aujourd'hui

L'HAD, selon la définition de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation À Domicile créé en 1973 ⁸, permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes, requérant une importante coordination pluridisciplinaire, non réalisables par les seuls professionnels de ville, dans des conditions de sécurité et de qualité comparables à celles d'un hébergement en établissement de santé, dès lors que sont remplies des conditions de faisabilité. Elle est nécessairement prescrite par un médecin, en accord avec le patient et son entourage.

⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

⁸ <https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

POUR QUI ?



Quel que soit votre âge



Si vous êtes atteint
d'une maladie grave, aiguë
ou chronique



Que vous soyez chez vous,
en Ehpad ou dans
un établissement social
ou médico-social

La notion de domicile a été étendue en 2007 aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées et en 2012 aux établissements avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Jusque-là, des restrictions encadraient ces interventions. Le gouvernement a, en effet, annoncé le 1^{er} mars 2017, la levée de ces freins à l'HAD en établissement. Tous les soins assurés par les services d'hospitalisation à domicile peuvent être proposés aux résidents des maisons de retraite médicalisées de type EHPAD. L'équipe de l'HAD intervient dans la chambre du résident avec le concours de l'équipe soignante de l'établissement, en se coordonnant avec elle. La possibilité de recourir à l'HAD dans ces établissements permet un parcours de soins sans rupture de l'accompagnement auquel la personne est habituée. L'HAD garantit sa qualité de vie, tout en évitant des hospitalisations souvent perturbantes. Mme Touraine Marisol, ancien ministre des affaires sociales et de la Santé, avait d'ailleurs déclaré à cette période : « *J'ai pris cette décision pour offrir aux personnes âgées vulnérables des soins toujours plus adaptés, un accompagnement personnalisé, une attention de chaque instant. L'hospitalisation à domicile n'est pas un mode d'hospitalisation par exception, c'est un mode d'hospitalisation de droit commun* »⁹.

Le Décret n°2018-430 du 1^{er} juin 2018, poursuit la dynamique de *développement des coopérations entre les acteurs du parcours de soins*. Depuis, l'équipe d'HAD peut intervenir conjointement avec celle d'un Service de Soins Infirmiers À Domicile ou Service Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile pour prendre en charge des patients nécessitant des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Sans coût supplémentaire, le patient bénéficie, à domicile :

- de soins hospitaliers adaptés, à travers une prise en charge coordonnée.
- du maintien d'une partie des professionnels du Service de Soins Infirmiers À Domicile avec lesquels il a tissé des liens.

Cette organisation évite les changements brusques dans le parcours de soins du patient, source de stress alors même que son état de santé connaît des complications.

⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/16_12_07_cp_had_ehpad.pdf. Communiqué de presse du 7/12/2016

COMMENT ?



L'HAD est une structure pluridisciplinaire qui mobilise les compétences internes de ses propres équipes et coordonne les interventions de professionnels extérieurs. Le patient est admis en HAD sur prescription du médecin traitant ou du médecin hospitalier, soit après une consultation, soit à la suite d'une hospitalisation avec hébergement (MCO, SSR).

L'hospitalisation à domicile est subordonnée à l'accord du médecin traitant du patient et au consentement du patient ou de son entourage.

QUELLES GARANTIES ?

**24 H / 24
7 J / 7**

Continuité
des soins



100 % des soins
sont pris en charge par
l'Assurance Maladie



Charte
du patient
hospitalisé



Qualité/sécurité
certifiées par la Haute
Autorité de Santé

DES CHIFFRES

Le déploiement de l'HAD est en constante progression. Jusqu'en 2010, le mode est plutôt extensif. Depuis 2011, le développement est désormais par l'augmentation capacitaire des HAD installées.

288 établissements d'HAD sont recensés en 2018.

122 000 patients ont bénéficié d'une HAD en 2019.

203,6 euros est le coût moyen d'une journée d'HAD pour l'assurance maladie.

Le coût d'une journée d'HAD est quatre fois inférieur à celui d'une journée en hôpital conventionnel. La prise en charge en HAD coûte ainsi moins cher à la collectivité.

1 143 milliards d'euros est le montant global du coût de l'HAD en 2019, soit 1% des dépenses d'hospitalisation et 0.5 % des dépenses de l'assurance maladie¹⁰.

5,6 millions de journées d'hospitalisation sont réalisées en 2019, permettant aux malades d'être soignés chez eux, auprès de leur famille.

En 2018, l'âge moyen des patients sur la base des séjours est de 61,2 ans contre 60,4 ans en 2017¹¹.

Les structures d'HAD sont de véritables établissements de santé qui peuvent être rattachés à un établissement de santé qui a une activité d'hospitalisation conventionnelle ou être autonomes. L'autorisation d'activité de soins à domicile est délivrée par l'Agence Régionale de Santé. Cette autorisation, donnée pour une durée de cinq ans renouvelable, permet aux établissements d'HAD de développer leur activité sur un territoire déterminé.

Les structures qui assurent l'hospitalisation à domicile peuvent être publiques ou privées. Dans ce dernier cas, elles peuvent être à but lucratif ou non lucratif.

	PART DES ETABLISSEMENTS HAD SELON LES SECTEURS		
	HAD PRIVE COMMERCIAL	HAD PUBLIQUE	HAD PRIVE NON LUCRATIF
2007	10%	44%	46%
2018	20%	40%	40%

Les structures privées à but lucratif représentent 20 % des établissements et assurent environ 17 % de l'activité¹². Ces structures sont en nette progression depuis 2007.

Les structures publiques, qui représentent 40 % des structures autorisées, assurent environ 25 % des journées.

Les structures privées à but non lucratif, qui représentent 40 % des structures, assurent environ 58 % de l'activité.

Le secteur public avec l'HAD AP-HP et le secteur privé à but non lucratif avec Santé Service sont les secteurs historiques de l'HAD.

¹⁰ <https://www.fnehad.fr/chiffres-cles/>

¹¹ https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2019/11/FNEHAD_RA2018-19_web_pl.pdf

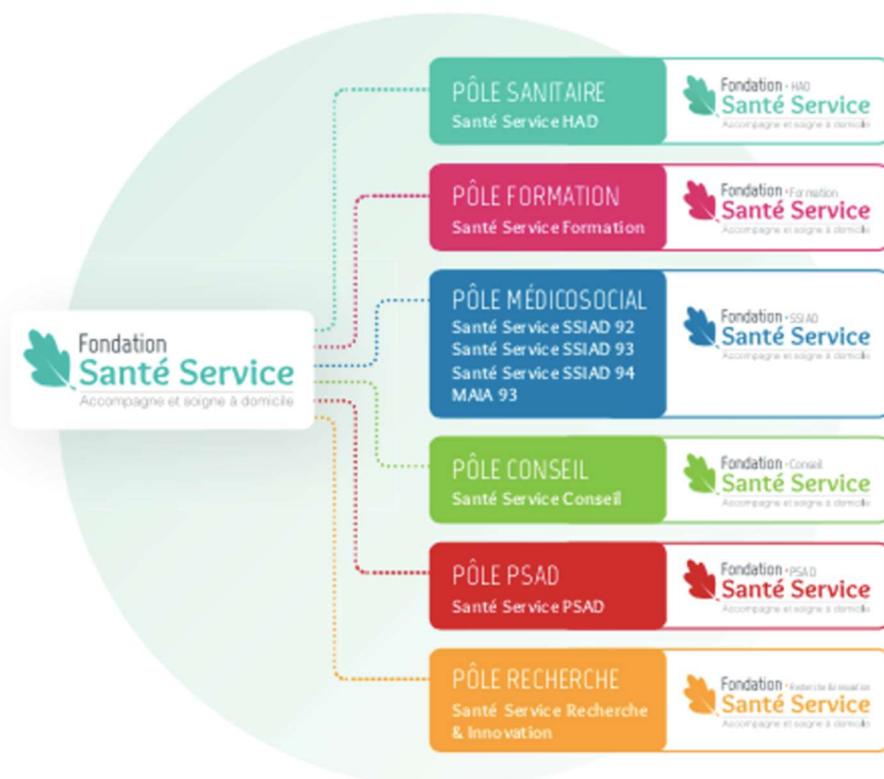
¹² https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2019/11/FNEHAD_RA2018-19_web_pl.pdf

2 LA FONDATION SANTÉ SERVICE



Santé Service¹³ est le fruit d'une très longue histoire qui continue chaque jour à s'écrire depuis 1958 dans l'esprit de son Fondateur : la Ligue nationale contre le cancer. A ce jour plus de 1 000 salariés s'investissent pour poursuivre la mission et ainsi permettre aux patients un retour à domicile.

Santé Service est devenu Fondation reconnue d'utilité publique par décret le 16 octobre 2013. Santé Service a désormais un statut qui lui permet de renforcer son rôle social et solidaire auprès des patients mais également de poursuivre le développement de nouvelles activités, plaçant toujours le domicile au cœur de sa démarche.



¹³ <http://www.fondation-santeservice.fr/>

2.1 Pôle FORMATION

1987, le pôle FORMATION est né.

Évalués favorablement par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu sous N°2852, le pôle Formation Santé Service développe des programmes inscrits dans les orientations nationales définies par la Haute Autorité de Santé. Les méthodes pédagogiques sont systématiquement interactives et articulées autour des modalités DPC :

- Analyse des pratiques
- Apports de contenus et partages d'expériences
- Évaluation des connaissances et mise en perspective sur des actions d'amélioration
- Les consultants-formateurs sont tous professionnels de terrain et experts dans leur domaine d'intervention.

Santé Service Formation est présent sur Paris et en région parisienne mais également en région OUEST (Pays de la Loire et Poitou-Charentes), EST (Lorraine, Alsace et Franche-Comté) et SUD-EST (Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

2.2 Pôle MEDICO-SOCIAL

2.2.1 Les Services de Soins Infirmiers À Domicile

La Fondation Santé Service met à disposition des habitants de l'Île-de-France notamment dans les départements des Hauts-de-Seine, du Val de Marne et de la Seine-Saint-Denis : Trois services de soins infirmiers à domicile.

Les SSIAD interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile.

La mission des SSIAD est d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées, faciliter le retour au domicile à la suite d'une hospitalisation, prévenir ou retarder un placement en institution. Les SSIAD s'adressent :

- Aux personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou en perte d'autonomie.
- Aux personnes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes d'une maladie chronique.

2.2.2 Les Équipes Spécialisées Alzheimer

Cette offre de soins à domicile proposée par la Fondation Santé Service s'adresse aux personnes atteintes de la maladie Alzheimer ou de maladies apparentées. L'objectif est d'améliorer la vie à domicile de la personne et de son entourage en maintenant et/ou en développant son autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

- 2 ESA rattachées aux SSIAD du 93 et 94

2.2.3 La Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

Santé Service porte également une MAIA qui opère sur le territoire Sud-ouest de la Seine-Saint-Denis (10 communes). Ce dispositif a pour mission, en lien avec l'ensemble des acteurs, de fluidifier les parcours de santé des personnes âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie au domicile et déploie un service de gestion de cas, dédié à l'accompagnement au long cours de personnes en situation complexe.

2.3 Pôle CONSEIL

Santé Service Conseil a été créé pour accompagner les opérateurs (HAD, SSIAD, dialyse...) et les établissements de santé dans la définition et la mise en œuvre de leur stratégie de développement des soins à domicile.

- Conseil auprès des opérateurs d'HAD
- Conseil auprès des établissements de santé
- Conseil à l'international (Russie Japon)

La structuration et le déploiement de l'activité conseil est un enjeu de projet stratégique 2016-2020, pour renforcer l'image de la Fondation et sa légitimité sur le secteur de la prise en charge à domicile. Ce développement permet d'accompagner les établissements qui souhaitent améliorer leurs recours à l'HAD et réduire leur durée moyenne de séjour.

2.4 Pôle PRESTATAIRE DE SOINS À DOMICILE

Le dernier né de l'offre de soin de la Fondation, le PSAD est créé en 2017.

Il assure aux patients en situation de dépendance, de handicap ou de maladie, la mise à disposition des dispositifs médicaux et des services nécessaires à leur prise en charge médicale ou paramédicale à domicile. La particularité est qu'il ne peut pas prodiguer des soins mais organise la venue des différents intervenants, assure la livraison du matériel médical. Il s'assure également de la bonne coordination des acteurs de santé : pharmacien, médecin traitant, infirmier libéral, etc. pendant toute la durée du traitement à domicile :

- Nutrition parentérale
- Antibiothérapie, antifongique et antiviraux
- Traitement de la douleur : Douleur chronique Douleur aiguë post-opératoire
Analgésie loco régionale
- Traitements spécifiques des maladies chroniques

2.5 Pôle RECHERCHE et INNOVATION

Ses missions sont de valoriser la recherche et l'innovation au sein de la Fondation mais également de participer à des publications scientifiques autour de la prise en charge à domicile.

3 PÔLE SANITAIRE

Principal pôle d'activité de la Fondation, Santé Service est un établissement de santé spécialisé depuis 60 ans dans l'hospitalisation à domicile.

Il assure au domicile du patient tous les soins médicaux et paramédicaux prescrits par un médecin hospitalier ou libéral. Dotée d'une pharmacie à usage intérieur, Santé Service est la plus importante structure d'HAD en France avec près de 1800 patients pris en charge chaque jour sur l'ensemble de l'Île-de-France.

En offrant la possibilité de vivre une hospitalisation chez soi dans les mêmes conditions de qualité et de sécurité qu'à l'hôpital, Santé Service HAD assure à la fois une mission de soin mais aussi une mission de soutien de la personne en favorisant le maintien du malade au cœur de son environnement familial et social.

Santé Service HAD coordonne l'intervention de partenaires extérieurs et s'attache à mettre en œuvre une prise en charge globale s'appuyant sur des personnels compétents et qualifiés, formés en permanence, ainsi que sur des fournitures et équipements adaptés.

3.1 L'Hospitalisation À Domicile dans son territoire

Dans le pilotage régional du système de santé, les Agences Régionales de Santé : des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé, définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population.

« Le développement de l'HAD représente un axe prioritaire pour l'ARS Île-de-France qui souhaite voir augmenter les prescriptions d'HAD et la positionner comme un relais entre l'hôpital et les équipes de ville. L'HAD doit pouvoir être accessible à tous, dans toutes ses spécialités et partout en Île-de-France, afin de garantir un parcours du patient fluide et cohérent »¹⁴.

En lien avec les textes réglementaires, le cahier des charges régional de l'HAD fixe des objectifs ambitieux :

- Développer une offre d'HAD accessible partout
- Passer d'une HAD qui raccourcit l'hospitalisation traditionnelle vers une HAD qui l'évite, grâce aux prescriptions par les médecins généralistes et aux interventions directes en établissement social ou médico-social
- Coordonner l'HAD avec tous les acteurs du maintien à domicile et veiller à sa pertinence
- Intégrer l'expérience du patient dans une démarche d'amélioration continue du parcours de santé avec HAD

L'offre d'hospitalisation à domicile en Île-de-France est portée par 14 structures. Trois opérateurs ont une aire géographique d'intervention régionale et représentent 94 %

¹⁴ https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/HAD_cahier_charges_2015.p

de l'activité : la Fondation Santé-Service, l'HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et la Fondation-CŒuvre-Croix-Saint-Simon.

Quelques chiffres de 2013 et 2017 vont nous permettre de mettre en évidence les effets de la Circulaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins /R4 no 2013-398 du 4 décembre 2013¹⁵.

RECOURS HAD	Nombre de patients jours		Nombre de journées		Taux de recours	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
FRANCE	11 962	13 940	4 366 135	5 088 023	18.7%	21.7%
EVOLUTION		16.5%		16.5%		15.9%
Ile de France	2 373	2 755	866 258	1 005 446	19.8%	22.8%
EVOLUTION		16.1%		16.1%		15.4%
HAD SANTE SERVICE	1 198	1 499	437 384	547 214	10%	12.3%
EVOLUTION		25%		25%		23%

Au cours de l'année 2018, l'activité réalisée par les établissements d'HAD a encore progressé de 7,6% par rapport à l'année 2017. Cette croissance est portée à 60% par les établissements prenant en charge moins de 50 patients par jour. La quasi-totalité des régions connaît une progression de l'activité et dans 6 d'entre elles, elle est supérieure à 10% (Corse, Grand Est, Bretagne, Nouvelle Aquitaine, Guyane et Martinique). En Ile de France, la progression est de 8.9%¹⁶.

Les données administratives de la statistique annuelle des établissements collectées au premier semestre 2019 confirment cette évolution avec 18 100 patients pris en charge en HAD sur le territoire.

3.2 Au cœur de la Fondation

3.2.1 L'organisation interne

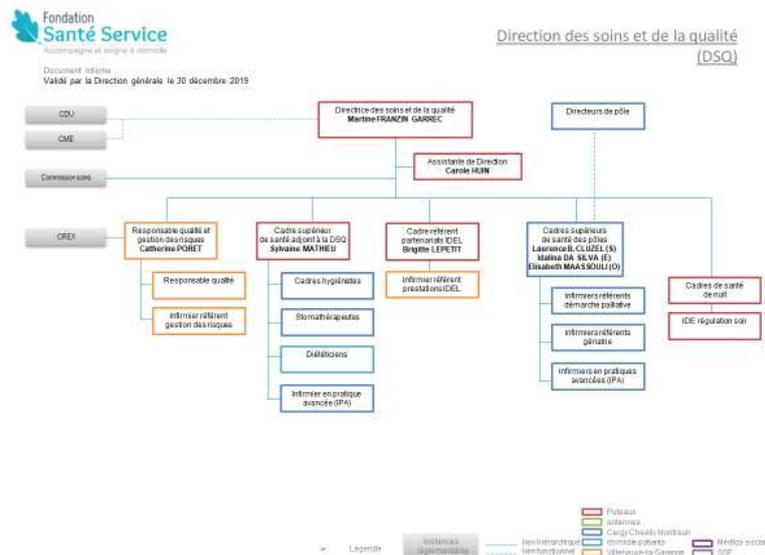
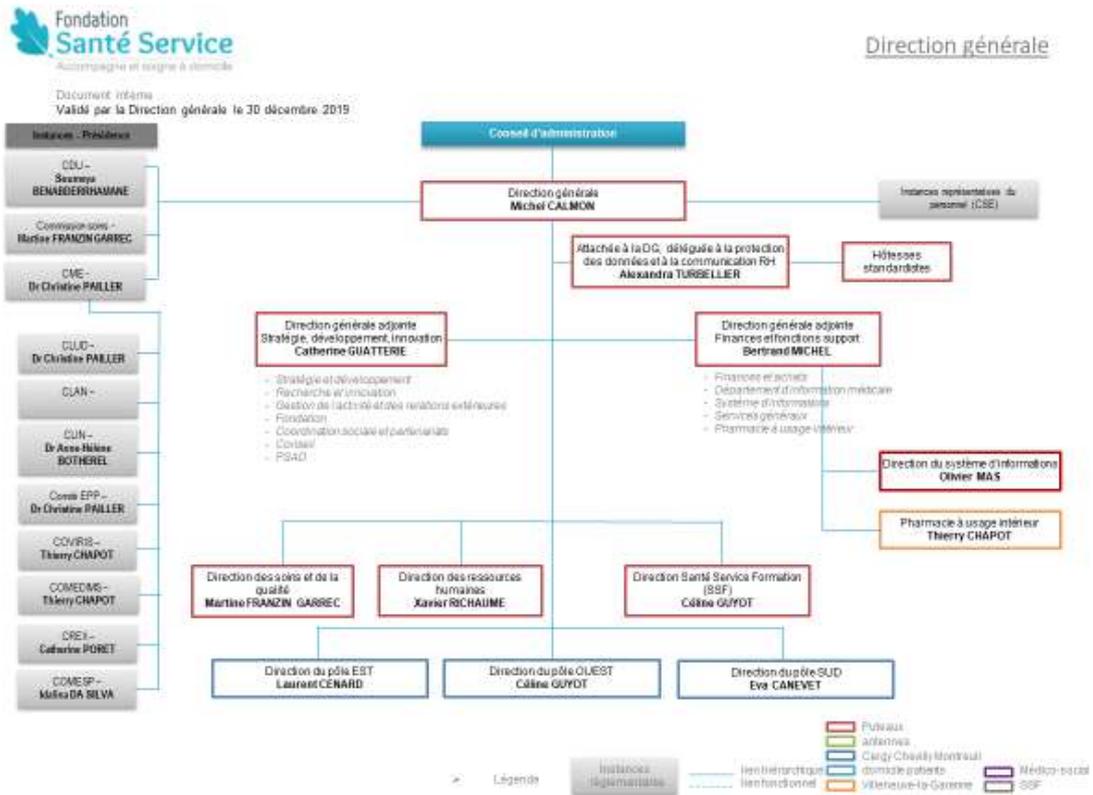


¹⁵ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-annuaire-et-activite>

¹⁶ https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2019/03/N%C2%B08_20190311.pdf

Le siège de la Fondation Santé Service est situé à Puteaux. La direction des affaires financières et des fonctions supports, la direction de la stratégie et de l'innovation, la direction des soins et la direction des ressources humaines y sont rassemblées. L'HAD de la Fondation présente trois pôles de soins, une pharmacie à usage interne située à Villeneuve le Garenne, des antennes hospitalières sur l'ensemble du territoire. Cette stratégie organisationnelle permet d'intervenir sur l'ensemble de l'Île de France.

3.2.2 L'organigramme



3.2.3 Le patient au centre de nos préoccupations



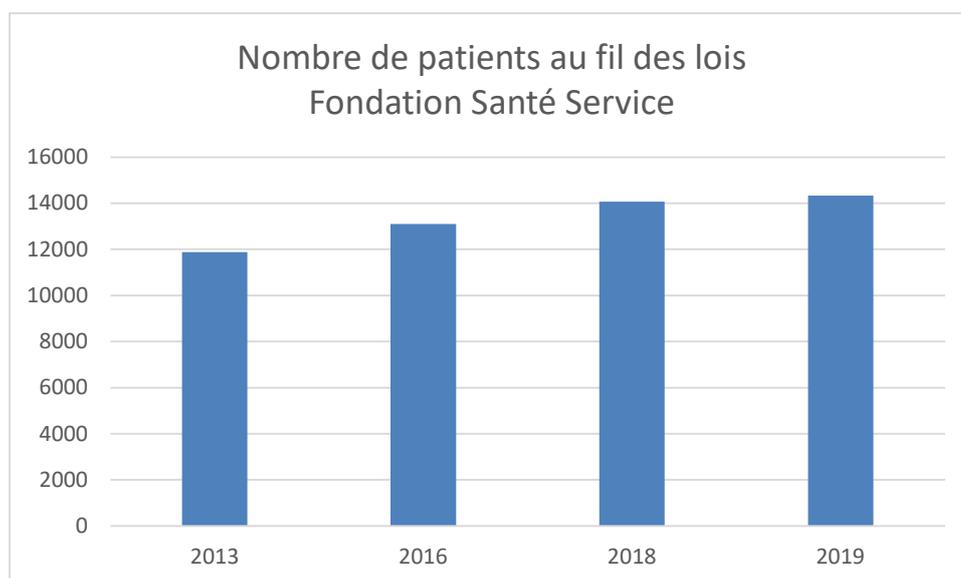
La plus-value de l'HAD est **la COORDINATION** lors de prises en charge complexe, de soins lourds à dispenser, la nécessité d'une médicalisation, et de faire intervenir une équipe pluridisciplinaire

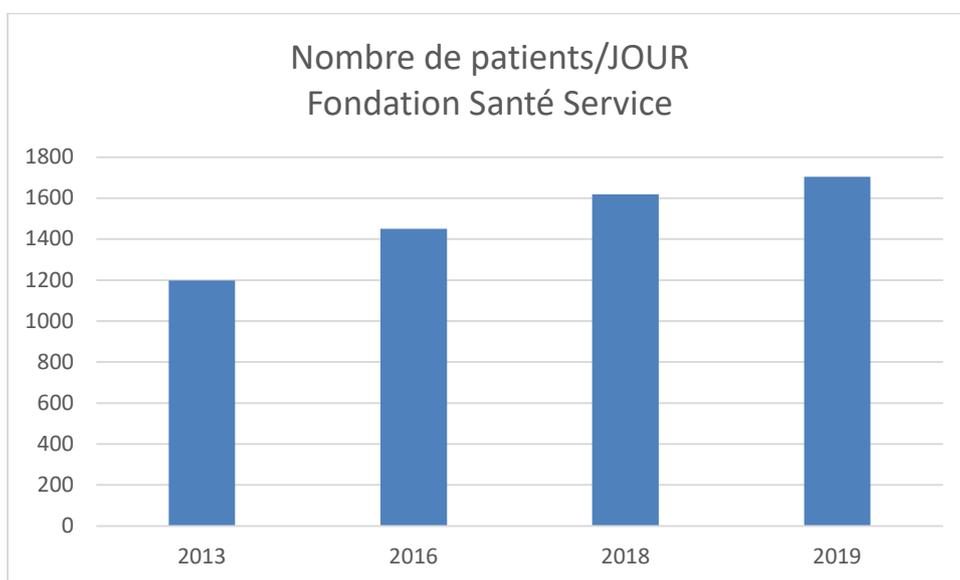
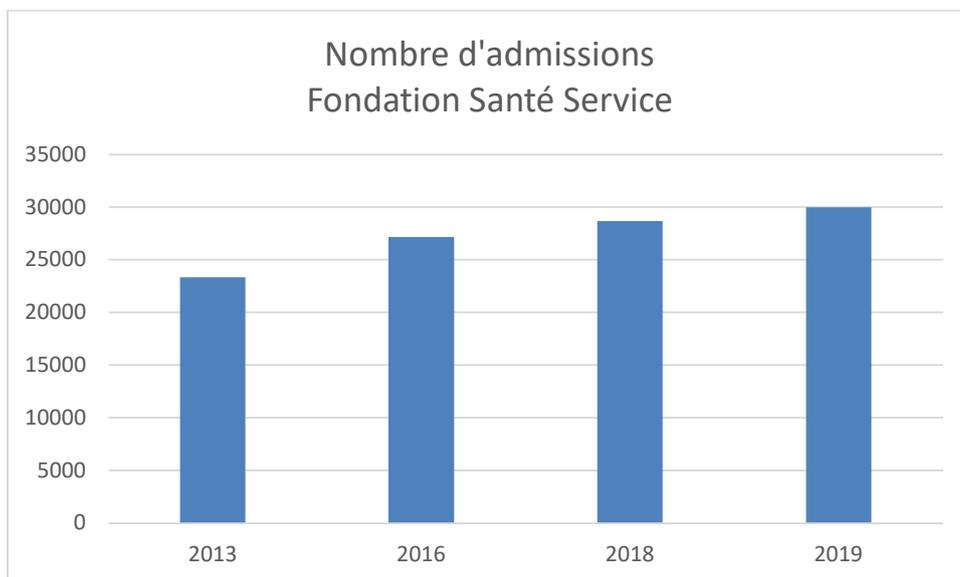
3.2.4 Une dynamique d'amélioration continue de la qualité

La Fondation Santé Service, acteur majeur de l'hospitalisation à domicile en Île-de-France, a été notifié par la Haute Autorité de Santé pour sa certification V2014 au niveau **A** en Février 2018. Six thématiques ont plus particulièrement été investiguées : Le management de la qualité et des risques, le droit des patients, le parcours du patient, le dossier patient, le management de la prise en charge médicamenteuse et la gestion des équipements et des produits au domicile. En attribuant la note A, la Haute Autorité de Santé reconnaît la dynamique d'amélioration continue de la qualité et la maîtrise des risques identifiés au sein de Santé Service. Elle constitue un encouragement au développement de l'HAD pour optimiser les durées moyennes de séjour dans les hôpitaux et permettre une prise en charge hospitalière au domicile dans des conditions de qualité et de sécurité des soins reconnues. Dans un contexte de forte activité, avec un niveau de patients pris en charge de plus de 1 700 patients/jour en 2018, l'ensemble du personnel de Santé Service a su se mobiliser pour réussir avec succès cette étape importante dans la vie de l'établissement.

3.3 Les prises en charge

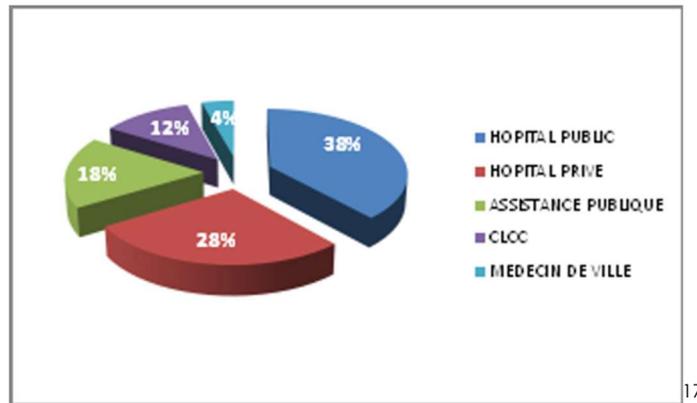
L'action et l'engagement de l'Etat dans la promotion de l'HAD ont permis le développement de l'HAD Fondation Santé Service au fil des différentes lois.





Ces trois graphiques mettent en évidence le plein essor de la Fondation. Nous constatons que la progression est particulière entre 2013 et 2016 par les probables effets de la circulaire du 4 décembre 2013 qui met fin à une longue période de structuration administrative et législative. Cette progression démontre la prise de conscience des professionnels à prescrire l'HAD pour les patients. Santé Service représente plus de 11% de l'activité nationale et plus de 50% de l'activité de la région Île de France.

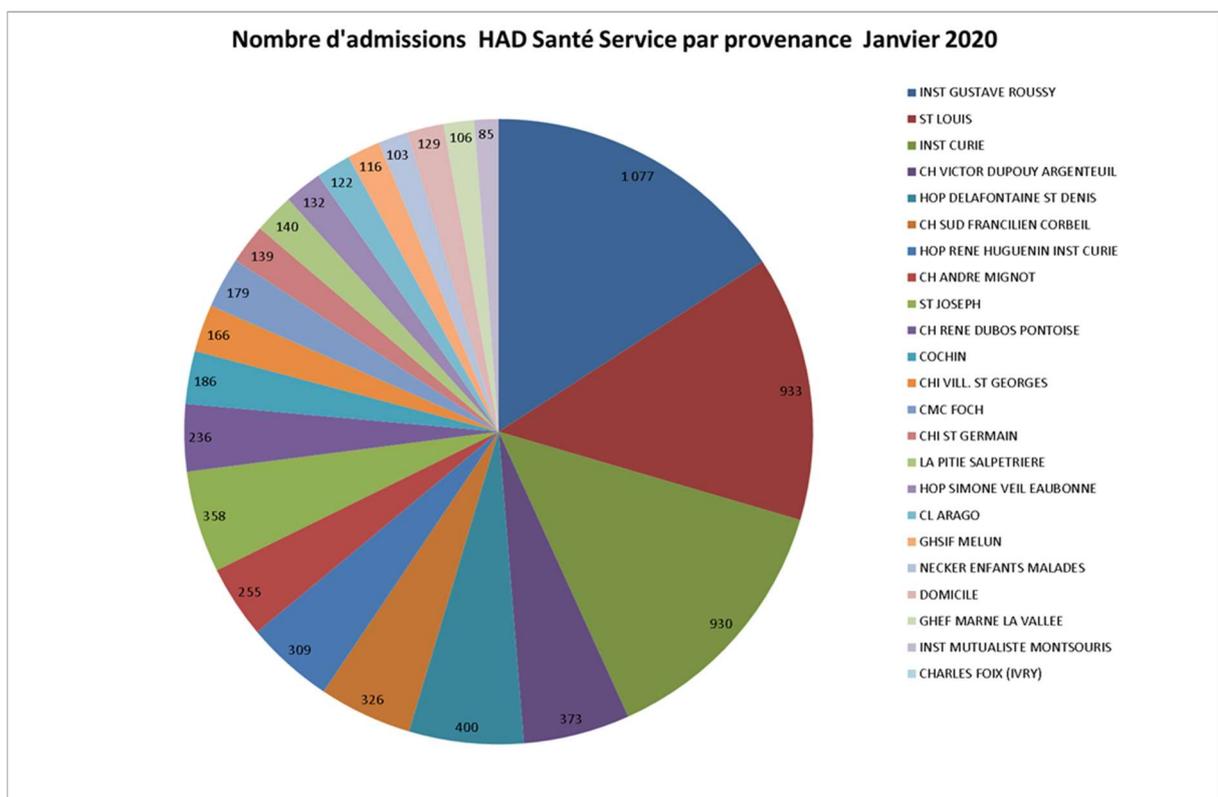
Le développement de Santé Service repose, depuis son origine, sur sa capacité à innover et intégrer de nouvelles prises en charge. La Fondation Santé Service a su mettre en avant son professionnalisme, son efficacité, sa souplesse et son adaptation lui permettant des prises en charge de qualité. De nombreux partenaires font confiance à ce continuum de l'hospitalisation complète.



17

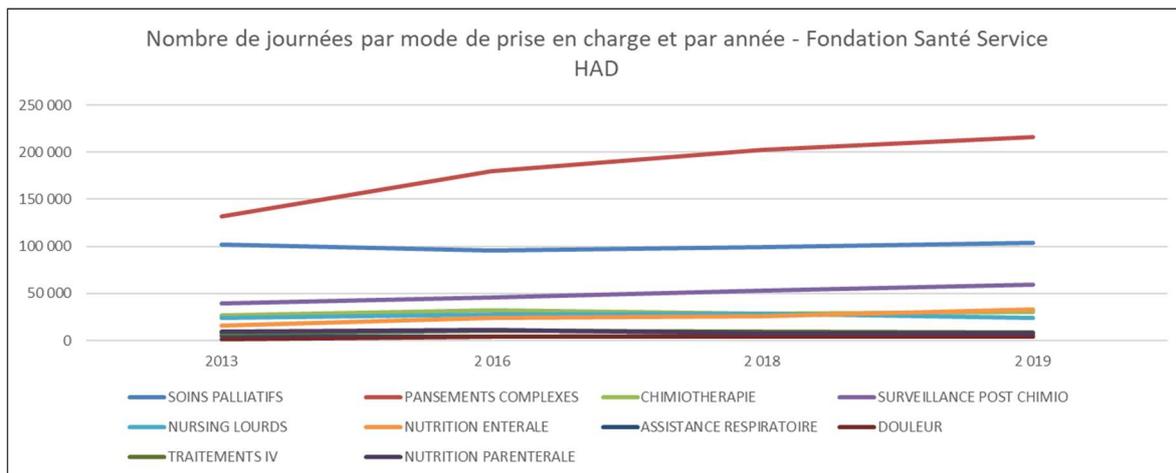
Santé Service se rapproche des établissements supports des groupements hospitaliers de territoire pour participer à la démarche d'élaboration de projets médicaux.

Santé Service travaille avec près de 300 établissements médicaux hospitaliers les 20 premiers concentrent à eux seuls l'activité de l'HAD.

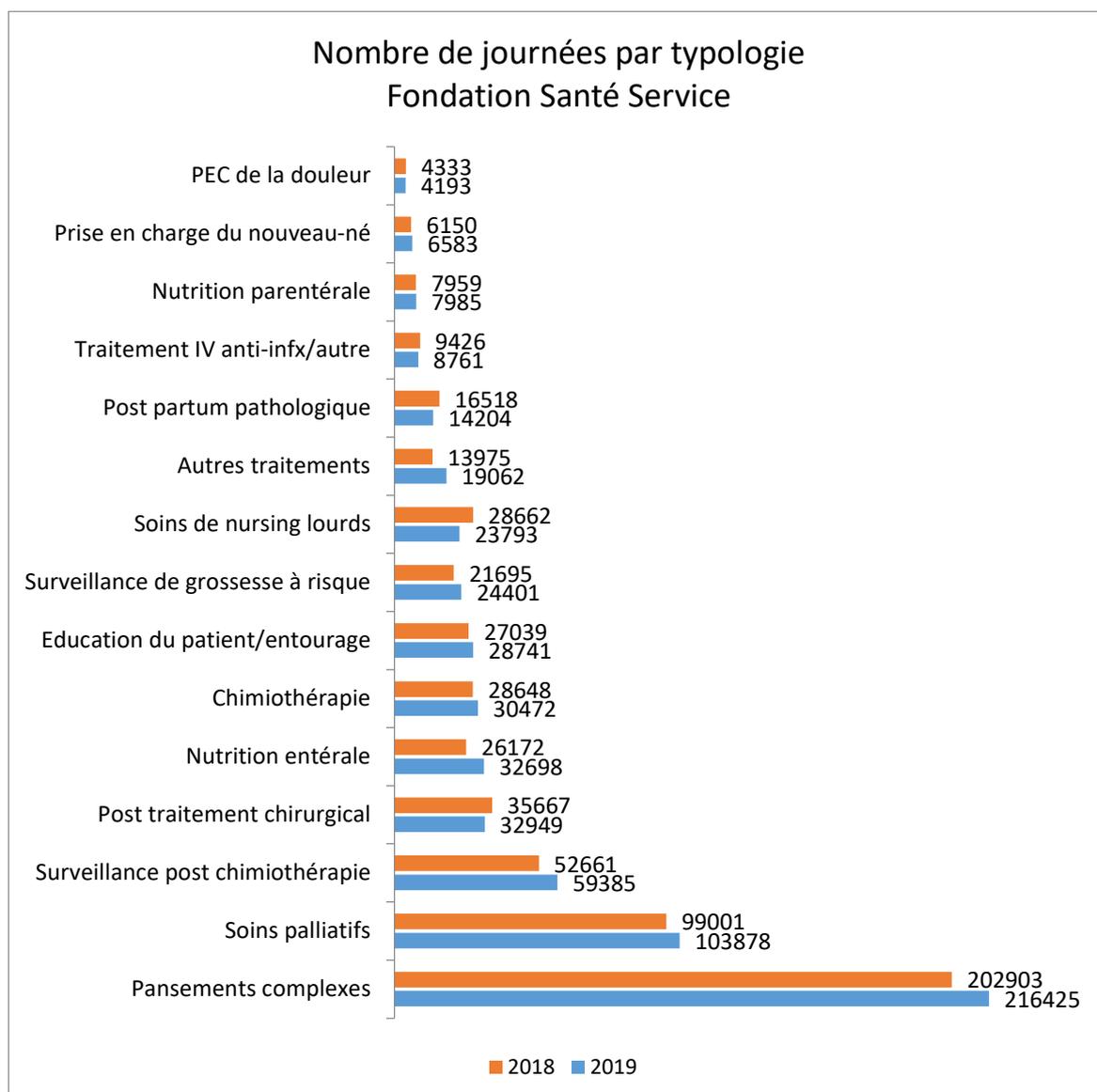


La typologie de prise en charge au sein de la Fondation évolue peu. Les soins liés aux pansements complexes nécessitant des pansements spécifiques par pression négative, électrothérapie, des ulcères variqueux, escarres... sont toujours le principal motif de prise en charge devant les soins palliatifs. Mais les chiffres ont doublé en 6 ans avec un nombre de journées de 132 192 en 2013 et 216 425 en 2019.

¹⁷ Chiffre CODIR Janvier 2019 Fondation Santé Service



Même si moins importants en nombre de journées, les autres modes de prises en charge continuent de se développer.



Des chiffres qui parlent d'eux-mêmes, la Fondation SANTÉ SERVICE se développe et s'accroît d'année en année.

Dans le parcours de soins, l'HAD trouve toute sa place en aval de l'hospitalisation complète, et s'inscrit dans la logique de virage ambulatoire. Mais plus encore, trouve également sa place dans le parcours de soins en substitution d'une hospitalisation conventionnelle. Même si la part des prescriptions « médecine de ville » reste marginale, elle est en progression continue. L'HAD se positionne donc en amont et en aval d'une hospitalisation.

Dans ce contexte comment évolue l'institution ? Comment s'adapte-t-elle à cette augmentation permanente de demande de prise en charge ?

Les objectifs institutionnels sont clairs : **Honorer les demandes des prescripteurs et les attentes des patients pour un retour à domicile tout en garantissant qualité et sécurité des soins.**

Pour faire face à cet enjeu, l'HAD SANTÉ SERVICE doit faire évoluer son organisation.

L'institution doit renforcer sa réactivité et optimiser la mobilisation des compétences des différents professionnels pour répondre avec qualité et sécurité aux demandes de prise en charge.

L'HAD doit mettre en place une organisation efficiente à effectifs constants.

4 LES DEMANDES DE PRISE EN CHARGE

Il est nécessaire avant de répondre à notre problématique d'établir et analyser le processus de prise en charge des patients, mis en place à ce jour, au sein de l'institution.

Améliorer la performance est un souci constant pour toute entreprise.

Décrire un processus permet d'améliorer son organisation en identifiant des dysfonctionnements, en comprenant l'origine des problèmes et en imaginant des améliorations possibles. C'est comprendre l'existant et faire des choix de changement pour améliorer la satisfaction des patients autant que du personnel en réduisant les dysfonctionnements organisationnels, les mécontentements des prescripteurs.

« La forme organisationnelle adoptée n'est pas immuable, elle est variable selon les caractéristiques de l'environnement »¹⁸. L'évaluation doit être permanente et les réajustements cohérents avec les pratiques et les contraintes des tutelles.

4.1 Le processus national de prise en charge¹⁹

La Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile a élaboré dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la Haute Autorité de Santé et rassemblant des professionnels d'établissements d'HAD et des professionnels hospitaliers et libéraux un outil dématérialisé sous la forme d'un algorithme décisionnel avec une succession de filtres indiquant in fine si le patient est éligible à une HAD ou non. L'outil peut être mobilisé au sein des services Médecine Chirurgie Obstétrique. Il s'adresse également aux prescripteurs de ville.

Dans l'objectif de favoriser une appropriation la plus large possible et une utilisation facile au quotidien, l'algorithme a été développé sous la forme d'un outil en ligne. Son développement est axé sur l'ergonomie, la convivialité et la simplicité, avec un maximum de huit clics pour aboutir à la décision d'éligibilité.

Cet outil se nomme ADOP-HAD : Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD. Il peut être utilisé pour tous les patients quelle que soit leur provenance (établissement de santé, domicile, structure sociale ou médico-sociale avec hébergement). Il est cependant indispensable de respecter les droits et l'intérêt du patient en lui assurant le libre choix.

A l'issue de l'algorithme :

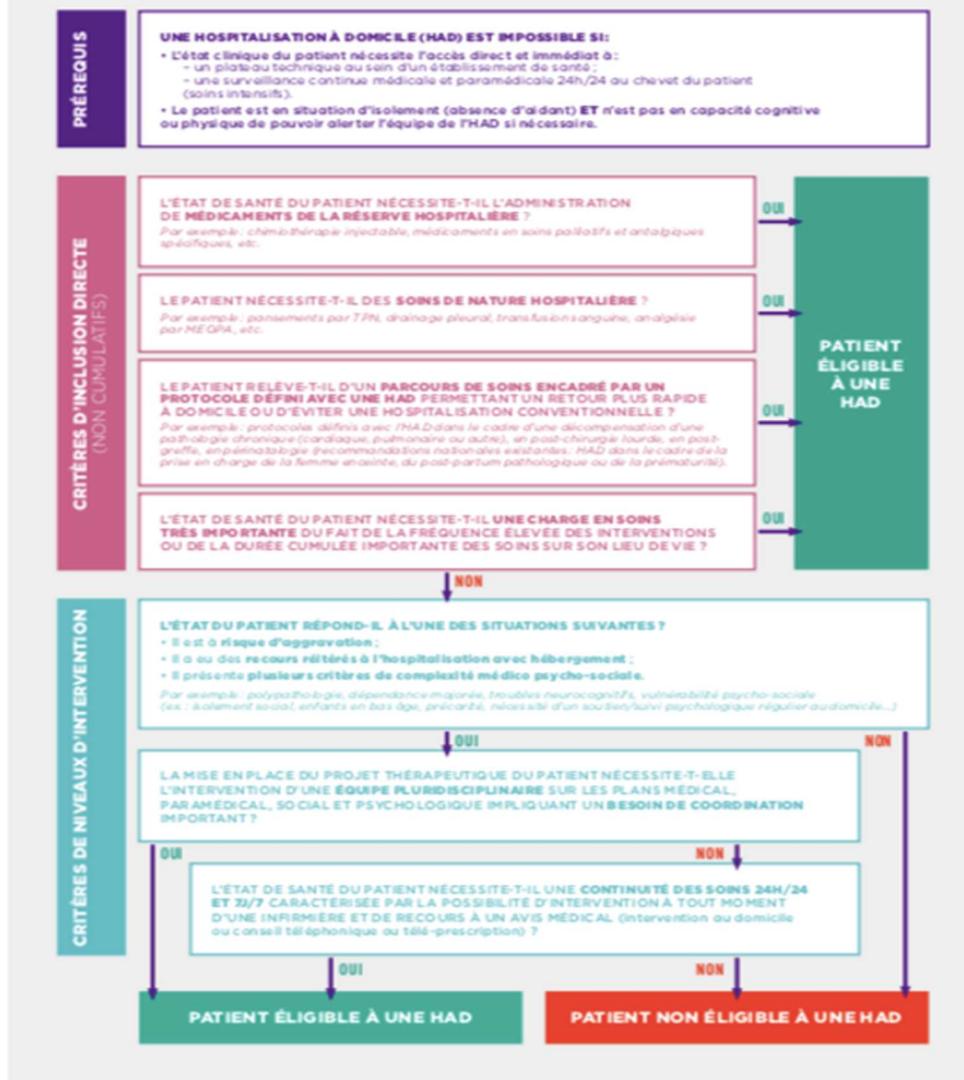
- Le patient est éligible à une HAD : l'évaluation de son admission effective sera effectuée par l'équipe de l'HAD
- Le patient n'est pas éligible à une HAD : une autre modalité de prise en charge adaptée à ses besoins peut être envisagée ou bien une poursuite de son hospitalisation.

Quelle que soit la décision, l'accord du patient est indispensable pour son orientation.

¹⁸ DUMOND Jean Paul. Les organisations de santé la grande transformation hospitalière. MASTER II des organisations soignantes. Septembre 2019

¹⁹ https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2018/11/FNEHAD_RA1718_WebP-1.pdf

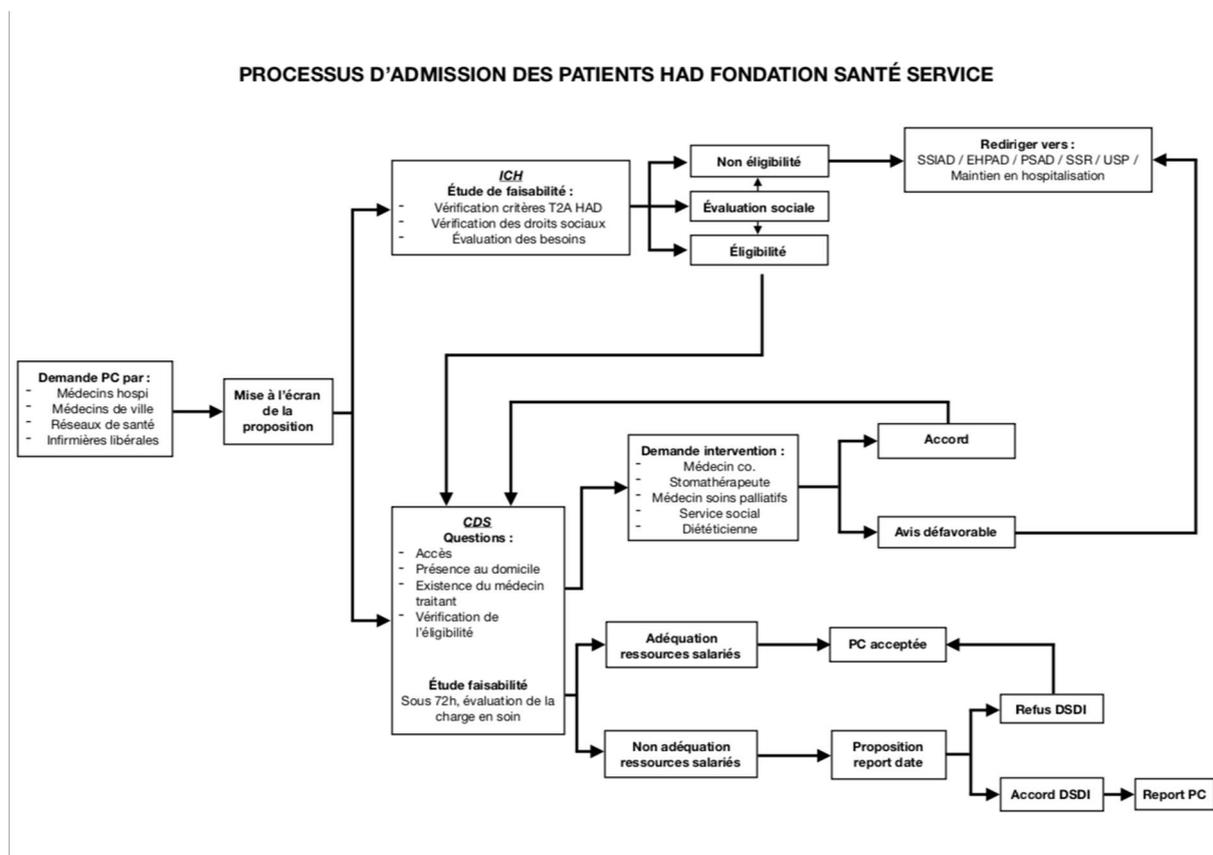
SYNTHÈSE DE L'ALGORITHME



4.2 Le processus de la demande de prise en charge à Santé Service

Dans le contexte de ce projet managérial, il me semble nécessaire d'effectuer en schéma le processus de Prise en Charge d'un patient au sein de la Fondation Santé Service afin de mieux comprendre le processus d'admission.

Un schéma validé par la Cadre Supérieure de Santé et les Cadres De Santé du Pôle, où j'exerce :



4.3 Les cadres de santé

L'analyse du processus met en évidence de nombreux professionnels, qui gravitent autour de la demande de prise en charge du patient en HAD. Dans le contexte de ce projet managérial, l'étude se fera sur les ressources dont dispose le cadre de santé pour accepter les prises en charge.

Au sein de la Fondation, chaque pôle bénéficie de 9 cadres de santé. Chaque cadre gère un secteur. Chaque secteur est délimité par des communes.

Quel que soit son lieu d'exercice, le cadre a des missions définies de management et d'expertise. Le cadre de santé gère son équipe, assume des responsabilités.

Les cadres de santé sont des managers de proximité.

Il me semble, alors, opportun de définir les rôles du cadre de santé.

« Si vous demandez à des managers ce qu'ils font, ils vous répondront vraisemblablement qu'ils planifient, organisent, coordonnent, et contrôlent. Alors observons ce qu'ils font. Et personne ne sera surpris de constater que leurs activités peuvent difficilement être décrites au moyen des quatre mots ci-dessus »²⁰.

²⁰ MINTZBERG Henry. Le management Voyage au centre des organisations. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1989 2004. Page 24

Les missions quotidiennes du cadre de santé en HAD sont l'organisation, le management et la coordination de l'équipe soignante en vue de garantir une qualité de prestation optimale auprès des patients.

Afin d'y parvenir, plusieurs activités rythment ses journées :

- Management à distance des ressources humaines et de l'activité en créant les conditions propices à une organisation efficiente
- Coordination et suivi de la prise en charge des patients confiés sur tout leur parcours de soins, en relation avec l'ensemble des acteurs internes et externes
- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en matière de traçabilité et d'évaluation, en lien avec la politique de l'établissement
- Promotion de la culture du signalement et de la gestion des risques
- Planification, contrôle et reporting des activités, en optimisant les moyens mis à disposition
- Intégration, évaluation et accompagnement des professionnels, afin de maintenir ou développer les compétences individuelles ou collectives
- Gestion et développement de la relation avec les partenaires externes en amont et en aval de la prise en charge
- Contribution aux objectifs et travaux institutionnels
- Diffusion de l'information indispensable au bon fonctionnement de l'institution ou des équipes
- Entretien des valeurs de la Fondation

Le cadre de santé est l'interlocuteur privilégié pour toute problématique concernant le patient, son entourage et les professionnels soignants.

Le métier de cadre de santé évolue au rythme des nouvelles exigences réglementaires. Le cadre de santé doit s'adapter à son environnement.

Au regard de ses nouvelles missions, son management se transforme.

Pour réussir ces missions, le cadre de santé doit développer et adopter différents styles de management en fonction de ses collaborateurs, de son équipe dans son individualité et dans sa collectivité.

Différentes missions, mais dans le cadre de ce projet managérial, nous allons nous concentrer sur **LA COORDINATION - L'ÉVALUATION des compétences dans un objectif de QUALITÉ DES SOINS pour le patient.**

4.3.1 La coordination

En HAD, comme le décrit la direction des soins et de la qualité, le cadre de santé est « la pierre angulaire ». Il coordonne la prise en charge.

Selon le dictionnaire Larousse, la coordination est l'action de coordonner : l'harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité. Son étymologie est latine de cum avec et ordinaire mettre en ordre, arranger, organiser. Depuis plus d'un siècle, différents auteurs ont étudié cette notion. Selon FAYOL (1916), coordonner dans une entreprise, c'est « *relier, unir, harmoniser tous les actes et tous les efforts* ». GULICK (1937), quant à lui définit la coordination comme « *la tâche consistant à interrelier les différentes parties* ». VAN DE VEN (1976) écrira : « *Coordonner signifie intégrer ou relier ensemble différentes parties d'une organisation pour accomplir un ensemble collectif de tâches* ».

La prise en charge d'un patient nécessite l'intervention de nombreux professionnels. Chacun a ses propres missions autour de la prise en charge. Cette répartition des tâches permet d'assurer la prise en charge dans sa globalité. Pour Mintzberg (1982), professeur de management, expert des organisations, « *plus on est amené à répartir le travail et plus il faut se coordonner* ». Ce dernier a mis en évidence 5 modes de coordination²¹ :

- La supervision directe, une personne donne les ordres et les instructions à plusieurs autres
- L'ajustement mutuel, décrit comme un processus de coordination-communication plutôt informelle
- La standardisation, qui se décline de trois façons différentes :
 - La standardisation des procédés de travail
 - La standardisation des résultats
 - La standardisation par les normes, un même ensemble de croyances partagées par des qualifications, des compétences

Le cadre manage une équipe de soignants salariés et coordonne l'ensemble des partenaires internes et externes dans la réalisation d'un but commun : assurer qualité et sécurité des soins pour les patients pris en charge. En effet, selon les besoins du patient et de son entourage, une équipe pluridisciplinaire peut se mettre en place : assistante sociale, psychologue, diététicienne, kinésithérapeute, réseau de soins, infirmiers libéraux. Le cadre va alors faire le lien entre les différents professionnels. Et selon chacun des partenaires, il ajustera son mode de coordination.

Une coordination qui participe au décloisonnement entre structures. Les prises en charge en HAD sont complexes et cumulent parfois des problématiques de santé, sociales et environnementales. Cette coordination va permettre la mise en commun des compétences, une richesse d'échanges, une complémentarité. Le cadre voit au-delà de la maladie. Il appréhende la prise en charge de manière globale et les infirmiers au domicile sont ses yeux pour y parvenir.

4.4 Les Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat

Ce processus de demande de prise en charge met en évidence que le cadre de santé, pour accepter les prises en charge doit mettre en corrélation le nombre de patients et l'effectif des infirmiers salariés de la Fondation.

²¹ MINTZBERG Henry. Le management Voyage au centre des organisations. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1989 2004, p 188

Selon le décret de compétences infirmier n° 2004-802 du 29 juillet 2004, « l'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ». Ces différentes missions lui confèrent celle d'effectuer la prise en charge du patient à son domicile. Seul, l'IDE en HAD en a les compétences.

Le recours HAD a augmenté de 25% à Santé Service entre 2013 et 2017 et depuis de 5 à 7% chaque année. Mais qu'en est-il du nombre d'IDE ?

	RATIO ETP IDE /PATIENTS Fondation Santé Service		
	2017	2018	2019
NOMBRE ETP IDE	328,60	342,90	360,80
EVOLUTION		4.35%	5.2%
NOMBRE DE PATIENTS/JOUR	1 499	1 618	1 705
EVOLUTION		7.94%	5.4%

Ces chiffres mettent en évidence que l'évolution du nombre d'équivalent temps pleins IDE n'est pas en corrélation avec l'évolution du nombre de patient. En effet entre 2017 et 2019, nous pouvons constater une augmentation de 9.8% du nombre d'IDE alors que celui des patients est de 13.74%.

A cela s'ajoute la complexité des prises en charge car la moyenne de minutes de soins par patients est en constante augmentation : 36.5 en 2017 /40,2 en 2019²², mais également le temps de trajet par une circulation de plus en plus difficile en Île de France.

De même, le temps administratif augmente chaque année avec des attendus institutionnels sur la traçabilité, toujours plus importants.

4.4.1 L'attractivité pour les infirmiers

L'objectif de ce projet managérial n'est pas de mettre en évidence le manque d'IDE au sein de la fondation. Il est clair cependant que si l'effectif était en adéquation avec les prises en charge, ce projet n'aurait pas lieu d'être. Mais il est important de transmettre, que nous avons l'accord de notre direction, pour le recrutement mais nous n'avons pas les candidatures suffisantes. Nos prétentions de recrutement sont peut-être ambitieuses avec une obligation de 2 ans d'exercice professionnel ?

En notant qu'en France, 30 % des nouveaux diplômés²³ abandonnent la profession infirmière dans les 5 ans qui suivent l'obtention du diplôme. Les mêmes causes produisent les mêmes effets dans le monde entier, avec une pénurie qui atteindra 9 millions d'infirmières d'ici 2030. Les difficultés, de notre institution, dans ce contexte ne vont que s'accroître.

²² Chiffre CODIR Janvier 2020 Fondation Santé Service

²³ AMOUROUX Thierry. Le porte-parole du Syndicat National des Professionnels Infirmiers SNPI CFE-CGC.

L'abandon prématuré de la profession est lié toujours selon le syndicat national des professionnels infirmiers et mis en corrélation avec la Fondation à :

- La faible attractivité salariale pour une profession à bac+3 et avec un grade Licence depuis 2009. La Fondation adhère à la convention 51 pour laquelle la valeur du point salarial, au 1er juillet 2019, est à 4,447 que l'on multiplie au coefficient IDE de 477.
- La non reconnaissance des contraintes des dimanches et jours fériés avec une indemnisation de 12,32 points pour une journée de 8 heures.
- La non reconnaissance des astreintes le week-end effectuées par les IDE du matin, après leur journée effective afin d'assurer les urgences si l'équipe d'après-midi n'est pas en capacité d'absorber la charge en soins. Toujours selon la convention 51, 1h d'astreinte est égale à 15 mn de travail effectif le samedi et 20 mn pour les dimanches et jours fériés.
- La charge de travail a pratiquement doublé depuis 2006 avec des malades de plus en plus lourds
- Des contraintes horaires
- Des difficultés de logement pour l'Île de France
- Le manque de remplacement des collègues absentes (congrés, maladie, formation)
- Des congés restreints dans le temps avec la règle des 1/3 présents pour assurer la continuité de service.

Les 575 000 IDE en poste actuellement ne suffisent pas à assurer le développement du maintien à domicile voulu par le ministère de la Santé. Et surtout, ne suffiront pas car les plus de 75 ans vont passer de 9 % de la population à 15 % en 2040. L'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la génération des baby-boomers provoqueront un accroissement de la demande en soins. Or, un patient de plus de 75 ans consomme 27 fois plus de soins que les moins de 65 ans²⁴.

Cette pénurie d'infirmiers confirmée, il va donc falloir que la Fondation soit attractive pour recruter dans un premier temps puis fidéliser celles et ceux en poste mais surtout donner aux professionnels l'envie de venir travailler au sein de la Fondation. Les horaires (les IDE du matin débutent à 8h) et le véhicule de fonction ne suffisent plus. À l'heure de la mobilité professionnelle, les infirmières n'hésiteront plus à mettre en concurrence leurs employeurs potentiels. La direction des ressources humaines doit potentialiser son attractivité de recrutement en mettant en exergue le case mix patient développant des compétences techniques et relationnelles, mais également la politique de formation et le projet d'établissement.

Penser aujourd'hui qu'il suffit de publier ses offres d'emploi pour ensuite faire un choix et trouver le bon candidat est un leurre. Les candidats sont devenus des clients qu'il faut savoir séduire et attirer.

Dans une démarche de fidélisation du personnel, le management et la culture organisationnelle ne sont pas négligeables.

²⁴ Chiffre de la DRESS <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1062.pdf>

5 LE MANAGEMENT DES COMPÉTENCES

5.1 Une organisation apprenante

Le secteur sanitaire est sans cesse en mouvement. Les prises en charge évoluent. L'accélération des nouvelles technologies, l'accroissement de la concurrence avec l'ouverture de nouvelles structures HAD impose à Santé Service de poursuivre et maintenir sa capacité d'adaptation. Et ces exigences se répercutent sur les professionnels de santé. La Fondation Santé service, dans ce contexte a fait le choix d'être une organisation apprenante. C'est le philosophe chinois CONFUCIUS (551-479Av J.C.) qui, le premier, a souligné l'importance de l'apprentissage. Il pensait que chacun pouvait et devait profiter de l'apprentissage. Il disait : *« S'il n'étudie pas, le sage devient sot ; en étudiant, le sot devient sage... Étudie comme si l'étude jamais ne te suffisait, comme si tu pouvais passer à côté de quelque chose ».*

Le concept d'organisation apprenante voit cependant le jour aux États Unis, comme d'ailleurs le concept des soins à domicile. C'est, en effet, Peter SENGE en 1990, qui écrit dans son ouvrage la cinquième discipline que la capacité d'apprentissage est la seule source d'avantage concurrentiel durable.

« L'organisation apprenante est définie comme une organisation douée de la capacité à générer de l'intelligence collective, par la confrontation des expériences, l'échange de pratiques et l'édification de vraies communautés de métiers. Au cœur même de ce modèle d'apprentissage collectif : l'idée que l'organisation, peut par sa structure et des modes de fonctionnement, favoriser le brassage de savoir-faire et ainsi assurer... la montée en compétences de ses ressources humaines »²⁵.

Santé Service, dès l'intégration de nouveaux collaborateurs, met en place un fonctionnement apprenant.

Les IDE sont intégrés sur une période d'un mois. Cette période est nécessaire pour comprendre le fonctionnement de l'HAD qui est loin de celui du monde hospitalier pour une raison évidente le centre opérationnel est le domicile du patient.

Durant ce mois, le professionnel doit avoir vu et fait l'ensemble des soins techniques mais et surtout avoir compris la dynamique de prise en charge du patient dans sa globalité. Les trois premières semaines, l'IDE suit le professionnel de la Fondation et la dernière semaine, le nouvel arrivant prend les commandes de la tournée. L'accompagnement des « novices » est un principe déterminant des apprentissages au travail. Stephen BILLET, un chercheur australien en éducation, propose d'ailleurs de distinguer deux types d'accompagnements :

- L'accompagnement direct qui désigne l'ensemble des interactions collaboratives avec des collègues expérimentés dans l'objectif de mener des activités de résolutions de problèmes.
- L'accompagnement indirect qui désigne l'ensemble des ressources auxquelles le novice peut accéder par l'observation, l'écoute.

²⁵ BRUNIER COJEAN Anaïs. L'organisation apprenante, vers une entreprise plus humaniste. Editions universitaires européennes. 2016. Page 17

Le cadre de santé, dans cette dynamique, met en place un apprentissage collectif « *apprendre à travailler ensemble et travailler ensemble pour apprendre* » (Wierdsma & Swiering)²⁶. Ce moment de partage et d'échanges entre IDE permet alors un langage commun, une vision partagée. « *L'apprentissage en équipe est le point clé de l'organisation apprenante* »²⁷.

Dans le cadre de son apprentissage individuel, les procédures sont à disposition via le logiciel documentaire BLUE MEDI. Un portfolio, outil d'apprentissage et de développement professionnel est également remis aux infirmiers pour leur permettre une visibilité sur le programme et ainsi être acteur de leur intégration.

Quatre formations sont obligatoires durant cette période d'intégration et une cinquième a été initiée en 2019 :

Formations obligatoires Année 2019		
Actions	NB Sessions	NB Collaborateurs
Formation à la manipulation des pompes, infuseurs et intermates pour perfusion	17	85
Formation DIVLD	16	92
Atelier pose SNO chez le nourrisson	2	9
Accueil du patient à son admission en HAD	1	5
DPC Chimio	9	87
Total	45	278

Une Visite à Domicile de l'IDE en Hygiène hospitalière suit la formation des Dispositifs Intra Veineux de Longue Durée pour performer la qualité et sécurité des soins en situation de travail.

La période d'essai est de 2 mois. Le cadre de santé va alors effectuer une Visite À Domicile, quinze jours après la période d'intégration afin de respecter le délai de prévenance. Les visites du cadre de santé sont un moment privilégié car, au-delà de lui permettre la connaissance du patient, elles permettent d'évaluer les pratiques professionnelles du soignant, rendues obligatoires dans le cadre de la certification des établissements, mais aussi de faire le lien entre travail prescrit et travail réel.

La qualité du temps passé, l'attention singulière du cadre compense la faible fréquence de ces visites.

Cette visite en situation réelle permet alors au cadre d'évaluer les compétences de l'IDE et ainsi statuer sur la prise de poste. Au-delà de cette période d'essai, le

²⁶ BRUNIER COJEAN Anaïs. L'organisation apprenante, vers une entreprise plus humaniste. Editions universitaires européennes. 2016. Page 18

²⁷ BRUNIER COJEAN Anaïs. L'organisation apprenante, vers une entreprise plus humaniste. Editions universitaires européennes. 2016. Page 34

professionnel bénéficiera ensuite chaque année, au minimum, d'une évaluation de ses compétences, lors d'une visite à domicile commune cadre de santé /IDE.

5.2 Les compétences

Sous l'angle étymologique, compétence a pour origine le verbe latin *competere* qui a deux sens. Le premier est « *chercher à obtenir ensemble, en concurrence* » et le second est « *se rencontrer, coïncider, s'accorder, convenir* ». Le mot compétence employé de nos jours est issu de ce deuxième sens.

Le concept de compétences voit le jour lors de la remise en cause du modèle taylorien et se substitue progressivement au concept de qualifications. Les professionnels ne doivent plus se centrer sur la tâche, ils doivent désormais faire évoluer leur emploi et s'adapter à leur environnement. Le monde du travail est sans cesse en transformation et dans ce contexte les salariés doivent continuellement s'adapter et apprendre. « *Être compétent, c'est de plus en plus être capable de gérer des situations complexes et instables* »²⁸. La compétence n'est pas une somme de savoirs mais « *la résultante de trois facteurs* »²⁹ :

- Le savoir agir par mobilisation des connaissances
- Le vouloir agir par la motivation des professionnels
- Le pouvoir agir par le lien avec l'organisation, le management

On ne peut s'auto déclarer compétent. Une compétence est évaluée par le regard d'autrui. C'est par la confrontation que l'on reconnaît une compétence. Et c'est lors des visites à domicile que le cadre de santé évalue les compétences des soignants, et ainsi reconnaît leur travail, leur singularité.

La direction stratégique de Santé service est à l'écoute des nouvelles techniques de soins et ainsi innove dans de nouvelles procédures aux profits des patients : drainage thoracique, système d'assistance cardiaque implantable... Cette démarche permet aux salariés de monter régulièrement en compétences en augmentant sans cesse leur degré de maîtrise.

5.3 L'évaluation

Selon le dictionnaire de la langue française, l'évaluation, un substantif féminin est l'action d'évaluer, d'apprécier la valeur d'une chose. « *L'évaluation englobe et dépasse le contrôle. Elle est pluri-référentielle et privilégie le qualitatif au quantitatif* »³⁰.

Dans son livre *L'Évaluation démythifiée*, HADJI Charles, philosophe, écrit qu'il existe plusieurs formes d'évaluation :

²⁸ LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions d'organisation.2004. Paris. Page 43

²⁹ LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions d'organisation.2004. Paris. Page 60

³⁰ FORMARIER Monique JOVIC Ljiljana. Les concepts en sciences infirmières. Editions Mallet et conseil. 2eme édition. Pages 191

- L'évaluation critériée est une « *Évaluation qui apprécie un comportement en le situant par rapport à une cible (le critère qui correspond à l'objectif à atteindre)* ». Elle détermine des objectifs à atteindre, des performances cibles. Son but est d'apprécier un écart entre une performance observée et des objectifs prédéterminés. Au sein de la Fondation, les différentes procédures techniques nous permettent ce type d'évaluation.
- L'évaluation normative qui situe les individus les uns par rapport aux autres, en fonction des scores notes obtenus par les membres d'un groupe. Une évaluation dont les résultats sont confrontés à une norme, à une référence. Cette évaluation au sein de l'HAD permet de positionner un soignant particulier sur un soin particulier. Le salarié est pris en compte dans son individualité.
- L'évaluation sommative « *Évaluation par laquelle on fait un inventaire des compétences acquises, ou un bilan, après une séquence de formation d'une durée plus ou moins longue* ». L'évaluation sommative met l'accent sur les performances évaluées en fonction des critères de réussite. Elle est adaptée lors des entretiens d'évaluation.
- L'auto-évaluation est une évaluation interne conduite par le sujet de sa propre action et de ce qu'elle produit. Elle se traduit par un dialogue de soi à soi, une réflexion métacognitive. Une évaluation effectuée par l'apprenant lui-même est aussi considérée comme un indicateur d'autonomie de l'apprenant. Avant chaque entretien professionnel, la Fondation met à disposition des salariés une grille d'auto-évaluation qui recense aussi bien les connaissances relationnelles, comportementales, techniques qui sera ensuite accompagnée par le cadre.
- L'évaluation formative « *Évaluation dont l'ambition est de contribuer à la formation* ». Elle privilégie la régulation en cours de formation. Une évaluation menée pendant le processus d'apprentissage ou d'action pour améliorer celui-ci. Elle vise à clarifier les acquis de l'apprenant mais aussi sa manière d'apprendre ou d'agir. Elle tente de fournir à l'apprenant des informations pertinentes pour qu'il régule ses apprentissages et elle renvoie à l'enseignant un feed back sur son action qui lui permet d'adapter son dispositif d'enseignement. L'évaluation formative repose sur le postulat de la « *réflexivité* » qui affirme que la prise de conscience d'informations concernant l'apprenant l'amène nécessairement à une modification de sa façon de voir et d'agir. Elle repose aussi sur l'idée de l'exploitation de l'erreur comme source de progrès. Le panel de formations proposées par l'institution permet cette réflexivité aux salariés.

« Quelle que soit la forme adoptée, il importe de conserver à l'esprit que le contexte, la volonté des acteurs, jouent un rôle majeur dans l'évaluation »³¹.

L'évaluation dans le monde du soin est une nécessité, car l'objet de nos soins est l'Humain dans sa complexité et sa globalité.

Une évaluation doit être réalisée pour s'assurer des compétences des soignants.

³¹ DUMOND Jean Paul. La Gestion des Ressources Humaines dans les organisations de santé. MASTER I des organisations soignantes. Septembre 2015. Page 40

Les Évaluations des Pratiques professionnelles « s'inscrivent dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins »³². « L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques »³³.

Elles permettent aux cadres de santé d'apprécier les qualités des professionnels : ses connaissances, ses compétences ainsi que ses comportements. L'évaluation au sein de la Fondation a une connotation positive car elle permet aux soignants de progresser, d'évoluer professionnellement.

Les évaluations des soignants au sein de la Fondation sont parfois informelles lors d'une visite à domicile pour connaître le patient mais sont aussi plus formelles lors des entretiens professionnels.

5.4 Les entretiens professionnels

*« Tous les 2 ans, l'entretien professionnel est un rendez-vous obligatoire entre le salarié et l'employeur. Il est destiné à envisager les perspectives d'évolution professionnelle du salarié et les formations qui peuvent y contribuer »*³⁴.

La loi du 5 septembre 2018 maintient les fondamentaux de l'entretien professionnel obligatoire tous les 2 ans comme lors de sa création en 2014. Elle introduit cependant des nouveautés applicables à compter du 1^{er} janvier 2019. L'entretien professionnel ne vise pas à évaluer le travail du salarié. Il se distingue donc de l'entretien annuel d'évaluation.

Il conserve l'objectif principal que lui a assigné la loi du 5 mars 2014 d'accompagner le salarié dans ses perspectives d'évolution professionnelle (qualifications, changement de poste, promotion, etc.), notamment par une information sur la Validation des Acquis de l'Expérience et d'identifier ses besoins de formation.

Tous les 6 ans, l'entretien professionnel doit faire l'objet d'un état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié. Cet état des lieux permet de vérifier que le salarié a effectivement bénéficié des entretiens professionnels prévus au cours des 6 dernières années, et d'apprécier s'il a suivi au moins une action de formation, acquis des éléments de certification (diplôme, titre professionnel, certificat de qualification) par la formation ou par la VAE ou encore bénéficié d'une progression salariale ou professionnelle.

La Direction des Soins et de la Qualité de la Fondation est porteuse de ces évolutions. Elle met en place des IDE correspondants sur de nombreux items tel que la douleur, les soins palliatifs, l'hygiène. Ces IDE ont des appétences sur ces thématiques et participent à développer les compétences de leurs pairs en réunion d'équipe par des audits, des jeux éducatifs. Par leur implication, la Fondation leur permet dans un même temps de poursuivre des études universitaires.

³² http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles consulté en novembre 2019

³³ <http://www.legifrance.gouv.fr/decret/n°2005-346/du14avril2005> consulté en novembre 2019

³⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32040> consulté en décembre 2109

Diplôme Universitaire Fondation Santé Service 2019	
Actions	NB Collaborateurs
DU Troubles du comportement alimentaire	1
DU Information Médicale et Système d'Information	1
DU Pharmacie clinique	1
DU Organisation gestion et achats hospitaliers	1
DU Douleur	2
DU Plaies et Cicatrisations	1
DU Accompagnement et fin de vie	1
DU Coordination en établissements et réseaux de la prise en charge d'un patient en cancérologie	2
DU Douleur en Oncologie	1
DU Prise en charge de la Douleur en soins infirmiers	1
DU Gestionnaire de Cas	1
Total	13

La Direction des Soins et de la Qualité a également mis en place en 2018, 3 postes d'IDE en Pratiques Avancées dans l'objectif d'améliorer le suivi des patients pris en charge pour des pansements complexes, premier mode de prise en charge à l'HAD de Santé Service.

L'entretien est un acte managérial majeur. Il est indispensable de le préparer pour garantir son efficacité. Au sein de la Fondation, ce temps de rencontre privilégié entre le manager et son collaborateur comprend deux supports distincts pour deux parties identifiées :

- L'entretien professionnel : il s'inscrit dans la politique Gestion Prévisionnelle des Emplois et de Compétences et mobilité de la Fondation. C'est l'occasion de sortir du quotidien, de prendre du recul afin d'anticiper les évolutions de la structure et accompagner les changements. Cet échange permet de faire le point sur le parcours professionnel, les formations suivies, de valider un projet et

les moyens pour le mettre en œuvre. Il permet également de valoriser les initiatives.

- L'entretien d'évaluation : Le salarié effectue une auto-évaluation de ses compétences comportementales, techniques qu'il a identifiées lors de ses situations de travail. Cette auto-évaluation permet également de faire le point sur l'atteinte des objectifs de l'entretien précédent.

Pour la campagne 2020, un nouvel outil Foederis est mis en place pour une analyse plus pertinente.

Ces entretiens offrent l'opportunité à la Fondation d'articuler ses projets avec ceux des salariés, d'identifier les moyens à mettre en œuvre pour favoriser les évolutions professionnelles et ainsi construire son plan de développement des compétences en repérant les besoins de formations.

5.5 Les formations

L'Accord National Interprofessionnel du 9 juillet 1970 fait entrer la formation professionnelle continue dans le droit du travail et acte de la création d'un congé individuel de formation pour les salariés. La loi du 16 juillet 1971 instaure une obligation pour les entreprises de 10 salariés et plus de participer au financement des actions de formation par le biais d'une contribution obligatoire. Depuis de nombreuses réformes se sont succédées pour donner de nouveaux droits aux personnes pour leur permettre de choisir leur vie professionnelle tout au long de leur carrière, et renforcer l'investissement des entreprises dans les compétences de leurs salariés.

Les IDE au sein de la Fondation sont des professionnels compétents et réflexifs. La Fondation met à disposition de nombreuses formations afin d'actualiser les connaissances et ainsi les transposer en situation.

En 2019, 764 collaborateurs ont bénéficié de formations³⁵. Le plan de développement des compétences 2020 décline l'ensemble des actions de formations retenues par les salariés en tenant compte des orientations stratégiques, de l'actualité réglementaire et des besoins individuels. La Fondation développe une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles afin de garantir qualité et sécurité des soins aux patients pris en charge.

Le pôle formation de la Fondation met en place une offre dédiée aux salariés. Leur programme est construit pour répondre aux enjeux spécifiques des HAD.

5.6 Les réunions hebdomadaires

Les réunions sont un des leviers de la communication.

Les réunions hebdomadaires sont des moments privilégiés entre le cadre, l'équipe, le médecin coordonnateur. Elles permettent de transmettre toutes les informations institutionnelles. L'intervention des différents partenaires : IDE référente événements indésirables, IDE Soins Palliatifs, IDE hygiène, Douleur ...sensibilise les soignants sur des thèmes spécifiques. Chaque mois, une réunion est consacrée à la pluridisciplinarité.

³⁵ Annexe n°1 : Formations internes Santé Service 2019

Assistance sociale, psychologue, diététicienne et l'équipe des soins palliatifs participent afin d'échanger sur les prises en charges palliative ou complexes.

Les réunions ne sont pas seulement une démarche descendante d'information. Animées par le cadre, ces réunions sont surtout une parenthèse pour échanger, confronter et analyser les pratiques. En évoquant les différentes prises en charge, le cadre permet aux soignants la prise de recul nécessaire et l'expérience de chacun permet de réinvestir des connaissances dans un contexte différent. Ces échanges sont bénéfiques pour la prise en charge du patient mais également pour le soignant qui potentialise ses compétences.

5.7 Les projets transversaux

La Fondation permet l'implication des professionnels dans les projets transversaux. Sur le mode du volontariat, de nombreux appels à candidature sont effectués au sein des différents groupe de travail : temps de soin, Evaluation des Pratiques Professionnelles sur la traçabilité des synthèses IDE ...

Ces projets mettent en évidence la progression professionnelle lors du bilan des 6 ans de l'entretien professionnel. Ces projets favorisent la dynamique d'harmonisation des pratiques au sein des trois pôles de la Fondation menée par la Direction des Soins et de la Qualité.

6 LES INFIRMIERS LIBÉRAUX

Mais les IDE salariés ne sont pas les seuls qui gravitent auprès des patients pris en charge. En effet, la Fondation a recours aux infirmiers libéraux.

6.1 Une spécificité

Les infirmiers libéraux ont fait le choix de quitter les murs hospitaliers. Insatisfaits de leur condition d'exercice à l'hôpital, ils trouvent dans cette forme d'activité une nouvelle motivation. Les IDE sont de plus en plus nombreux à exercer en secteur libéral par volonté de s'affranchir de la hiérarchie. Le choix de l'exercice libéral est en pleine expansion avec plus de 116 800 Infirmiers libéraux et 48 700 cabinets en 2018³⁶.

Un accroissement de la demande des soins liés au vieillissement de la population, des prises en charge de maladies chroniques de plus en plus fréquentes et le virage ambulatoire, participent à cette évolution. En Île de France, il y a 10 639 infirmiers libéraux conventionnés³⁷.

L'objectif premier du recours aux libéraux par la Fondation est de permettre aux patients de préserver le lien avec leur libéral. En effet, de nombreux patients ont, avant la mise en place de l'HAD, des infirmiers qui leur prodiguent leurs soins et même si la complexité de la prise en charge nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, leur libéral reste leur référent. Santé Service est maître d'œuvre et responsable de la coordination de la prise en charge HAD et peut, dans ce cadre, confier des soins aux libéraux. À chaque nouvelle prise en charge, le cadre de santé s'enquiert auprès du patient et de son entourage de l'existence d'un libéral. Le cadre le contacte alors, pour lui proposer de travailler ensemble, en partenariat dans la prise en charge.

6.2 Un partenariat

Ce terme de partenariat appartient d'abord au monde économique et social où il a été particulièrement utilisé dans les années 70. « *Travailler en partenariat c'est travailler avec d'autres, mais pas forcément avec exactement les mêmes objectifs, même si on concourt à une même fin* »³⁸.

Travailler ensemble, entre deux organisations distinctes peut se traduire par deux notions. COOPERATION/ COLLABORATION qui sont à différencier afin de mettre un terme sur ce partenariat entre la Fondation et les infirmiers libéraux. Etymologiquement coopérer et collaborer signifient TRAVAILLER ENSEMBLE. Cependant, une précision latine permet d'éclaircir ces notions. « Operor » est défini par travailler, effectuer, produire et « laboro » par travailler, se donner la peine quant au préfixe « co » signifie le fait d'agir ensemble. Nous pouvons donc en déduire que collaborer révèle une implication plus soutenue par la « peine » qui est mise en évidence. « *La collaboration*

³⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf

³⁷ <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3704>

³⁸ BLANCHEMANCHE Pauline. Cadre de santé formateur IFSI hôpital Foch. Cours Le partenariat. Ecole Supérieure Montsouris Formation Cadres de santé 2015 /2016

*implique un engagement mutuel des participants dans un effort coordonné pour résoudre ensemble le problème »*³⁹. La collaboration se coordonne par un ajustement mutuel pour reprendre les modes de MINTZBERG et donc un échange entre la Fondation et les libéraux, et plus particulièrement entre le cadre de santé qui a ce rôle de coordination et les libéraux.

6.3 Une collaboration avec la Fondation

Chacune des collaborations est individualisée. Le cadre de santé et le libéral s'entendent sur les soins confiés, le rythme et les cotations à appliquer qui seront formalisés dans une lettre de mission⁴⁰ signée par la Direction du Pôle et envoyée au libéral qui la retourne après l'avoir également signée. Le libéral envoie ensuite ses factures au service des prestations de la Fondation. Il s'engage à refuser toute rémunération de la part du patient ou de sa famille et à ne facturer aucun acte effectué auprès du patient, pris en charge en HAD, aux caisses d'assurance maladie et régimes complémentaires. L'utilisation de la carte vitale est formellement interdite pendant la durée de la prise en charge (excepter pour les patients sous dialyse péritonéale). L'organisation de la coordination relève exclusivement de la responsabilité de l'HAD. La lettre de mission ne peut être modifiée unilatéralement. Elle est valable pour l'ensemble des intervenants libéraux au domicile du patient, à charge pour le professionnel signataire de la lettre de mission d'informer et de transmettre à ses collaborateurs tous les éléments utiles à la poursuite de la prise en charge.

Une convention de partenariat⁴¹ est également signée. Envoyée par la cadre responsable de la coordination des libéraux, cette convention fait suite au Projet Régional de Santé (2011-2016) et à son volet « Hospitalisation à Domicile », et s'inscrit dans un contexte de renforcement des liens entre la ville et l'hôpital et résulte d'une volonté de promouvoir une meilleure collaboration entre les professionnels infirmiers libéraux et l'HAD de la Fondation Santé Service. La convention de partenariat est conclue pour une année. Elle est tacitement renouvelable et trace les engagements de Santé Service (exemple : la facturation) et des libéraux (exemple : la traçabilité).

La lettre de mission ainsi que la convention sont incrémentées dans le logiciel patient et donc accessibles.

Tous les libéraux partenaires reçoivent avec la lettre de mission différentes informations utiles à la collaboration : informations administratives, planning des ateliers Dispositif Intra Veineux de Longue Durée et les dates de la formation du développement professionnel continu qui leur est dédiée. La Fondation transmet également un guide de partenariat qui recense les modalités de prise en charge d'un patient en HAD, les contacts téléphoniques, un rappel sur les événements indésirables, les vigilances, l'accessibilité au site de la Fondation. Ce guide est également accessible sur le site de la Fondation espaces partenaires. Cet espace a été élaboré afin de permettre aux intervenants libéraux de mieux connaître l'organisation pour une meilleure prise en charge du patient.

³⁹ GANGLOFF ZIEGLER Christine. Les freins au travail collaboratif. Marche et organisations 2009.3 n° 10. Page 95

⁴⁰ Annexe n°2 : Lettre de mission IDE L Fondation Santé Service

⁴¹ Annexe n°3 : Convention de partenariat IDEL /HAD

Depuis 2019, les partenaires libéraux peuvent consulter, après inscription sur une plateforme, les données administratives et médicales du patient : Une dynamique supplémentaire dans le partenariat.

6.4 Une collaboration pour le patient

Face à l'accroissement des prises en charge, un nouvel objectif est devenu nécessaire à ces collaborations : absorber la charge en soin et permettre au patient le retour à domicile malgré une inadéquation des ressources des IDE salariés de la Fondation.

Cette dynamique s'inscrit dans le projet d'établissement 2016- 2020 : « Renforcer le partenariat avec les infirmiers libéraux (formations partagées, partage de procédures, organisation de visites en binôme...) »

Dans cette dynamique, chaque prise en charge doit se faire en collaboration : libéral connu ou non. Une étude sur un des secteurs d'un des pôles HAD, sur la période du 1 au 31 décembre 2019, a mis en évidence que seuls 3% des patients ne connaissent pas de libéraux. Cependant, au fil des années, chaque cadre de secteur a développé son répertoire. Et au fur et à mesure des collaborations, les cadres de santé ont mis en évidence de manière informelle, les collaborations pertinentes et les autres.

RECOURS AUX IDE LIBERALES Fondation Santé Service					
Année	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre	1 665	1 742	1 843	2008	2071
Evolution		4.62%	5.8%	8.95%	3.14%

Des chiffres qui progressent mais lentement. Le recours aux libéraux ne suit pas la courbe de développement de l'HAD.

Dans ce contexte d'augmentation des demandes de prises en charge et de difficulté de recrutement d'IDE salariés, quels sont les freins qui ne permettent pas une progression plus importante aux recours des libéraux ?

7 LE PROJET de l'idée à la concrétisation

« Une idée n'est pas un projet mais peut le devenir si elle est à la fois en adéquation avec la stratégie et réalisable »⁴².

7.1 Le cadrage

L'État s'est engagé dans la promotion du développement de l'HAD, clairement repositionnée en substitution à l'hospitalisation en établissement conventionnel. Pour faire face à cet enjeu, l'HAD Santé Service doit renforcer sa réactivité. Les cadres de santé doivent, dans ce contexte de développement, accroître le recours aux libéraux, afin d'honorer les demandes de prises en charge des prescripteurs.

Quels sont alors les obstacles pour potentialiser ce recours aux libéraux, qui permettrait au cadre d'être plus serein dans l'élaboration des tournées de soin des salariés au regard d'un effectif constant voir restreint ?

Un projet semble approprié pour traiter ce problème. Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail « *Le projet est un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources* ».

Un projet est donc un but à atteindre, dans un contexte donné en mobilisant des méthodes, des outils, des ressources dans un délai défini. Les projets permettent aux établissements de structurer leur organisation. Tout projet est évolutif, il change et il grandit. Il répond à un besoin.

Ce projet a été suscité par un constat sur mon unité mais également par des temps de régulation toujours trop chronophage afin que chaque patient bénéficie d'une IDE dans un contexte d'inadéquation des ressources pour le nombre de patients pris en charge.

Le secteur géographique dont j'ai la charge se trouve en petite couronne sur quelques communes du Val de Marne. Les principaux prescripteurs sur ce secteur sont l'Institut Gustave Roussy, l'Hôpital Saint Joseph, l'Institut Mutualiste Montsouris. Des prescripteurs prioritaires pour la Fondation et dans ce contexte, je ne peux refuser une admission ni même la reporter. Chaque jour, nous comptabilisons sur ce secteur, plus de 80 patients pris en charge, entre 4 et 10 nouvelles admissions mais pas autant de fins de prise en charge. Une équipe composée de 11 ETP IDE salariés avec une moyenne d'âge propice aux congés maternité (3 en 2018 et 2 en 2019). Ces absences non remplacées sont une problématique quotidienne lors de l'affectation des tournées des soignants. D'autant que les prises en charge sont de plus en plus complexes avec des temps de soins auprès des patients toujours plus importants. La collaboration avec les infirmiers libéraux est une nécessité pour absorber la charge de travail et ainsi diminuer le temps de soins global journalier à répartir.

Dans ma fonction de cadre de santé, je m'investis chaque jour pour développer la collaboration avec les libéraux, dès l'admission en interrogeant le patient si libéral connu puis en assurant une coordination rigoureuse, afin de partager les informations.

⁴² MARCHAT Hugues. Le kit du chef de projet. Editions Eyrolles. Paris. 6eme Edition. Septembre 2018. Page 224

Mais je m'interroge aussi parfois sur leurs pratiques quotidiennes : le protocole est-il suivi ? Les précautions standards sont-elles appliquées ? De nombreux soins ne peuvent leur être confiés car trop spécifiques : injection de chimiothérapie, pansement par pression négative...

Force est de constater que ce recours est toujours insuffisant.

La responsabilité du cadre mais aussi celle de la Fondation sont engagées à travers les soins prodigués au patient par les IDE L.

La Fondation, nous l'avons évoquée, est une organisation apprenante pour ses salariés par ses intégrations cadrées, son plan de formation obligatoire, ses évaluations de compétences en situation de travail, ses entretiens professionnels.

La stratégie institutionnelle de renforcer le partenariat avec les libéraux a mis en évidence une situation problème : Qui évalue les compétences des infirmiers libéraux ?

Il est nécessaire dans un premier temps, de vérifier si tous les cadres de santé de la Fondation ont les mêmes problématiques, puis de proposer des actions d'améliorations de nos pratiques.

L'objectif du projet est alors de comprendre les freins et de permettre aux cadres d'augmenter le recours aux libéraux tout en s'assurant de leurs compétences.

7.2 Les enjeux

Ce projet est inscrit dans le projet d'établissement 2016-2020. Une des six orientations stratégiques du projet d'établissement est de **PROMOUVOIR LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE ET LA SATISFACTION DES USAGERS**, en renforçant le partenariat avec les infirmiers libéraux (formations partagées, partage de procédures, organisation de visites en binôme...) ⁴³. C'est dans cette dynamique que la direction de la Fondation ⁴⁴ m'a donné son approbation, afin de conduire ce projet et faire évoluer notre organisation ⁴⁵.

Dans le contexte de ma formation Master II des organisations soignantes, l'institution m'a missionné, en qualité de chef de projet, pour innover une organisation efficiente à effectifs constants.

Ce projet vise à accroître notre réactivité pour les usagers de la santé et pour les prescripteurs.

Mais ce projet est également un enjeu pour les cadres supérieures de santé. En effet, si le collectif cadre récupère du temps actuellement embolisé par la gestion des tournées des soignants, il sera alors plus disponible pour du management d'équipe et pour s'investir davantage dans des travaux institutionnels et ainsi toujours améliorer notre organisation et performer nos résultats.

Avant tout, dans l'élaboration d'un projet un état des lieux est nécessaire et fait dans les chapitres précédents. Savoir d'où l'on part pour donner à la démarche une dynamique réaliste.

⁴³ Projet d'établissement de la Fondation Santé Service 2016- 2020

⁴⁴ Annexe n°4 : Lettre de mission signée le 30 octobre 2019

⁴⁵ Annexe n°5 : Fiche projet validée par l'institution et Mr FARNAULT directeur de l'ESM

7.3 Les acteurs

Un projet mobilise des ressources. En qualité de chef de projet, j'ai souhaité mobiliser les acteurs de la Fondation les plus appropriés pour donner du sens à ce projet et ainsi potentialiser les compétences.

- Les cadres de santé dont nous avons déjà évoqué les missions, mobilisés par l'intermédiaire d'un questionnaire afin de mettre en évidence leur travail réel sur l'évaluation des compétences auprès des infirmiers salariés versus les libéraux.
- La cadre de santé test du projet : avant de déployer au sein de toute l'organisation, un secteur test semble pertinent afin d'évaluer la faisabilité du projet.
- La cadre responsable de la coordination des infirmiers libéraux : Ce poste a été créé en 2014, dans l'objectif de développer et optimiser les relations professionnelles de la Fondation avec les infirmiers libéraux. Elle a pour mission de construire et d'animer un réseau. Sa plus-value est sa culture du libéral et son langage commun avec les infirmiers libéraux.
- La cadre en hygiène : Sa mission est de mettre en œuvre la politique de l'établissement en termes de prévention des risques infectieux, de sécurité des soins et de l'hygiène générale dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la prévention des risques conformément aux exigences sanitaires. Ses actions sont guidées par les objectifs définis dans le programme national de prévention des Infections Associées aux Soins qu'elle adapte au contexte de l'HAD. Dans l'évaluation des pratiques, Son expertise est indispensable.
- Les infirmiers libéraux : un groupe témoin basé sur le secteur du cadre test du projet
- La Direction des Soins et de la Qualité qui valide et accompagne le projet dans chacune de ses étapes.

7.4 Les outils

Certains outils déjà existants à mettre en corrélation et à développer :

- Le répertoire des infirmiers libéraux du cadre test : cet outil a été élaboré au fil des années. À chacune des collaborations pour les prises en charge, le répertoire s'étoffe. Il permet au-delà d'avoir des coordonnées, d'identifier certaines compétences des infirmiers libéraux par l'intermédiaire des infirmiers de la Fondation. En effet, ces dernières transmettent à la cadre si le patient est satisfait de la collaboration, si le tri des déchets est pertinent, si le soin est réalisé selon le protocole, si la traçabilité est adaptée.
- Le répertoire des infirmiers libéraux de la cadre responsable de la coordination : cet outil est le recueil des coordonnées des libéraux incrémentées dans le logiciel par les cadres. Environ 1800 adresses mail recensées, permettant de communiquer en temps réel et de mettre à jour les informations. Leurs

domaines d'expertise, leurs disponibilités géographiques et horaires, les formations et ateliers suivis sont répertoriés⁴⁶. Certains infirmiers libéraux sollicitent directement la cadre de coordination pour manifester leur souhait de collaborer avec l'HAD.

Ces répertoires sont des tableaux fantômes, ce projet a mis en évidence l'intérêt pour les cadres d'accéder directement à toutes ces informations. Il devient nécessaire de développer de nouvelles fonctionnalités pour permettre la recherche par ville ou par formations suivies par exemple. Cette disponibilité permettra d'une part de faciliter le travail du cadre mais également celui de la cadre responsable de la coordination des infirmiers libéraux qui aura à sa disposition toutes les coordonnées mises à jour pour des campagnes de communication.

Et d'autres seront à élaborer :

- Le questionnaire pour les cadres de santé⁴⁷. En effet, il semblait primordial d'analyser les pratiques des différents cadres de santé. Le choix du questionnaire s'est fait tout naturellement : Le questionnaire est l'une des trois grandes méthodes pour recueillir des données. C'est une méthode de recueil des informations en vue de comprendre et d'expliquer les faits. Une méthode quantitative qui a été transmise à l'ensemble des cadres de santé de la Fondation. Ce questionnaire permet de mettre en évidence les pratiques d'évaluation des compétences pour les infirmiers salariés et celle pour les libéraux.

27 questionnaires envoyés aux 27 cadres de santé de la Fondation/ 21 retours de questionnaires

- Un questionnaire téléphonique ou par mail⁴⁸ auprès des infirmiers libéraux construit afin de vérifier la faisabilité du projet. L'objectif est de vérifier s'ils sont dans la même dynamique d'harmonisation des pratiques.
- L'élaboration de fiche support pour une VISITE À DOMICILE cadre de santé/infirmiers libéraux.
- L'élaboration de fiches d'auto-évaluation, des soins le plus largement confiés aux libéraux.

L'idée des fiches d'auto-évaluation s'est faite tout naturellement lors du lancement de la campagne d'entretien d'évaluation des salariés. Comme évoqué, le salarié effectue une auto-évaluation de ses compétences relationnelles, comportementales et techniques alors pourquoi ne pas la transposer aux libéraux.

De plus, lors d'appels téléphoniques pour des relais vers d'autres HAD pour les patients qui déménagent, partent en famille... je sollicite les cadres de santé pour connaître leur organisation par curiosité professionnelle. L'une d'entre elles m'a transmis que leur fonctionnement n'inclut aucun infirmier salarié, mais uniquement des libéraux et avant toute collaboration elles les questionnent sur leurs compétences techniques. La confiance est de rigueur.

⁴⁶ Annexe n°6 : Fiche de renseignements IDEL

⁴⁷ Annexe n°7 : Questionnaire L'évaluation des compétences IDE

⁴⁸ Annexe n°8 : Mail aux IDEL pour évaluer la faisabilité du projet

7.5 Le temps

Pour ne pas se perdre, lors de ce chemin réflexif, le diagramme de Gantt est un outil qui va permettre au groupe projet de visualiser les activités principales et leurs délais.

Le diagramme de Gantt permet de planifier de façon simple toutes les tâches du projet, ainsi que leurs dates d'échéance.

	AVANCEMENT DU PROJET ANNEE 2019/ 2020									
	septembre	octobre	novembre	décembre	janvier	février	mars	avril	mai	juin
Définition du projet	■									
Validation par l'institution	■									
Validation du projet par l'ESM		■								
Elaboration questionnaire CDS			■							
Composition du groupe projet			■							
Déploiement du questionnaire CDS				■						
Etude de faisabilité auprès des IDE Liberales				■						
BENCHMARK téléphonique autres HAD				■	■					
Elaboration repertoire IDEL				■						
Elaboration support VAD CDS					■					
Elaboration supports auto evaluation					■	■				
Validation des supports par la direction							■			
Test des fiches par un groupe d'IDEL							■	■		
Validation finale des fiches par le groupe projet									■	
TEST support VAD en situation de travail									■	■
Deploiement des fiches d'auto évaluation									■	■
Présentation ESM UPEC										■
Evaluation A programmer à 6 mois										

Le groupe projet est composé de trois personnes : chef de projet – cadre responsable de la coordination des infirmiers libéraux - cadre en hygiène et d'une instance de validation. La dynamique et la motivation du groupe sur ce projet m'ont permis, en qualité de chef projet, de tenir notre planification jusqu'en avril. La crise sanitaire que nous vivons maintenant depuis mars 2020, a reporté certaines de mes intentions, que nous adapterons. L'enjeu ne change pas. C'est tout le travail du chef de projet de s'adapter à la situation, aux aléas.

« Le rôle du chef de projet est de coordonner et de veiller à l'atteinte des objectifs...il s'appuie sur ses experts...pour mettre en œuvre les actions, faire des propositions techniques »⁴⁹.

Au regard de nos missions quotidiennes respectives, nous avons privilégié trois réunions. Les deux premières⁵⁰, en qualité de chef de projet, j'explicite le projet, mes propositions, nous échangeons sur l'environnement interne et externe des infirmiers libéraux. La troisième⁵¹ a permis de valider les propositions et de débiter l'élaboration des fiches d'évaluation. L'interaction par mail essentiellement a ensuite été notre atout pour avancer efficacement.

Au regard de la distance physique habituelle entre le cadre de santé et les libéraux, l'élaboration du travail se fait par drive, un lieu virtuel mais où chacun partage ses idées au moment qui lui convient. Une réunion dans les locaux de la Fondation était prévue à la finalité des fiches mais reportée au regard du contexte actuel.

Les mails ont été également le moyen principal de communication avec la directrice des soins pour validation des étapes, de même que les échanges avec les infirmiers libéraux.

Une réunion dans les locaux de la Fondation était prévue à la finalité des fiches avec le groupe projet et les libéraux test mais reportée au regard du contexte actuel. Malgré le port du masque, seules 6 à 8 personnes ne peuvent être présentes dans une salle de réunion, au même moment et je souhaite réunir l'ensemble des participants. Selon la durée des précautions actuelles, nous pourrions peut-être envisager une réunion virtuelle.

⁴⁹ MARCHAT Hugues. Le kit du chef de projet. Editions Eyrolles. Paris. 6eme Edition. Septembre 2018. Page 233

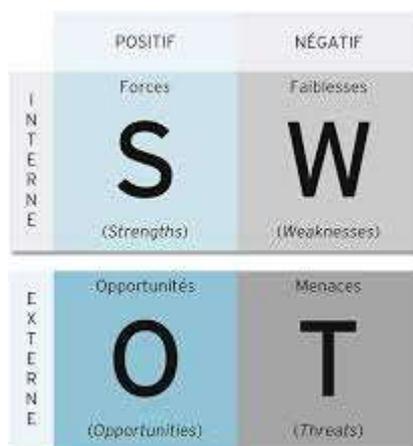
⁵⁰ ANNEXE n°9 : Compte rendu des réunions 1 et 2 du GROUPE PROJET

⁵¹ ANNEXE n°10 : Compte rendu de la réunion 3 du GROUPE PROJET

8 L'HARMONISATION DES PRATIQUES

L'objectif de ce projet est **d'évaluer les pratiques** des infirmiers libéraux mais au regard du contexte, **l'harmonisation des pratiques** semble un terme plus approprié pour échanger avec nos partenaires.

L'élaboration d'un SWOT permet d'établir un diagnostic interne et externe dans l'élaboration d'un projet.



8.1 Les forces

La première grande étape du SWOT est d'identifier les forces afin de mettre en évidence les facteurs intrinsèques qui auront un impact positif sur la mise en place du projet.

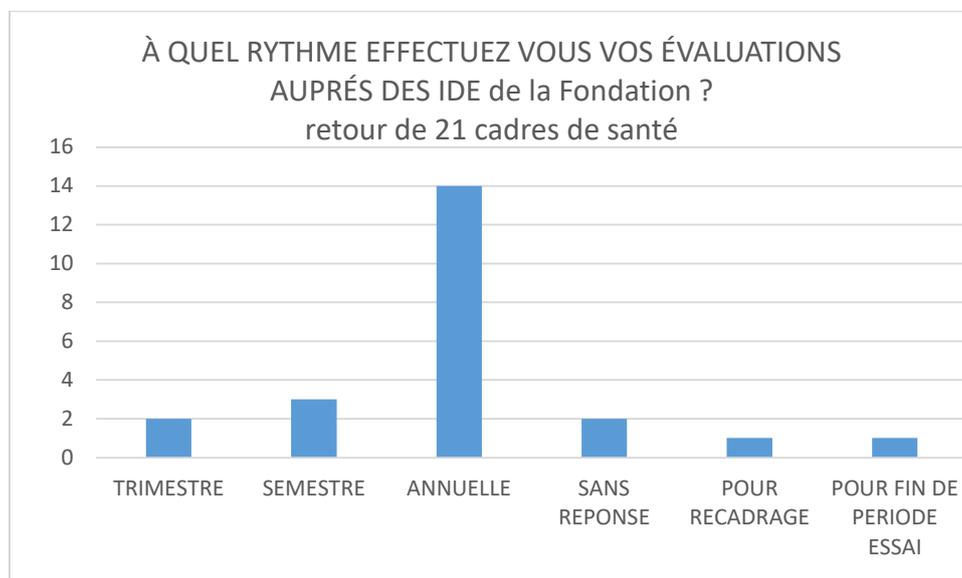
La première force est la dynamique institutionnelle. En effet, ce projet, je rappelle, est inscrit dans le projet d'établissement 2016-2020. De plus, un projet légitime car le paiement des libéraux est pris en charge par la Fondation et dans ce contexte, une qualité est attendue, d'ailleurs rappelée dans la convention de partenariat⁵² : « *En tant qu'établissement de santé, Santé Service HAD est soumise aux règles de certification définies par la Haute Autorité de Santé. Ces règles s'imposent à l'ensemble des partenaires associés, directement ou indirectement, à son activité...Appliquer les procédures, règlements, et modes opératoires de Santé Service dont les contenus sont mis à sa disposition et accessibles sur le site internet Santé Service réservé aux professionnels. Respecter les précautions standards et les avancées en matière d'hygiène hospitalière (procédures Santé Service en lien avec les recommandations HAS) Assurer la traçabilité de ses actes, de ses passages et de ses transmissions à chaque intervention, dans le dossier de soins du domicile* ». La Fondation a également fait le choix de ne pas appliquer le mécanisme de modulation dégressive des tarifs, appliqué lorsqu'un professionnel de santé cumule plusieurs actes au cours d'une même séance, un facteur non négligeable dans la rémunération.

La valorisation partenariale est également clairement identifiée par la Fondation, avec la mise en place depuis 2019 de coordination infirmiers salariés/ libéraux. Un

⁵² Annexe n°3 : Convention de partenariat

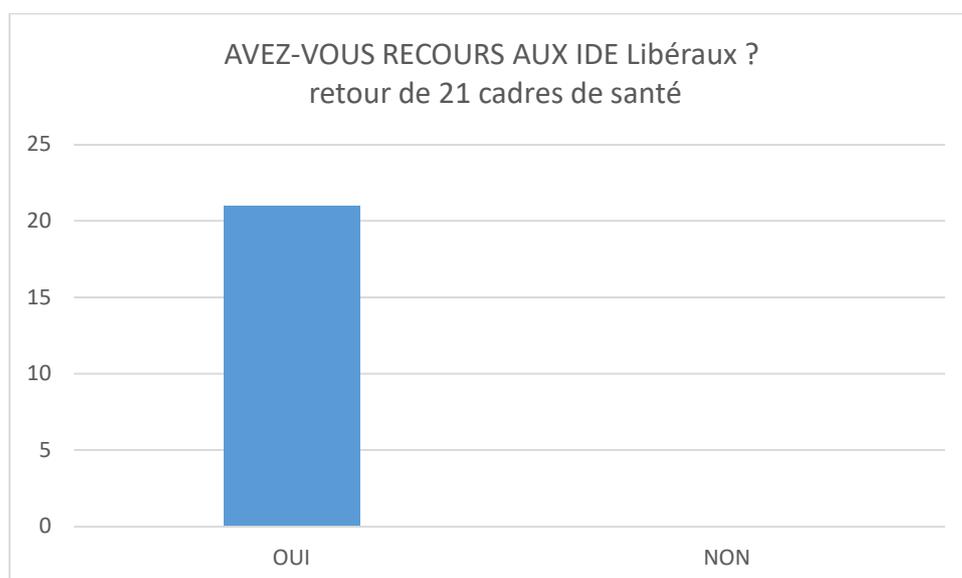
temps de soin est dédié aux infirmiers salariés pour contacter les libéraux, une fois par semaine afin d'échanger sur la prise en charge du patient, identifier leurs besoins en dispositifs médicaux. Une autre valorisation interne est la poursuite d'une cotation supplémentaire pour la venue des libéraux lors des réunions hebdomadaires.

La culture de l'évaluation est également une grande force. En effet, le retour des questionnaires cadres a mis en évidence que tous les salariés bénéficient d'une évaluation des compétences au minimum une fois par an.



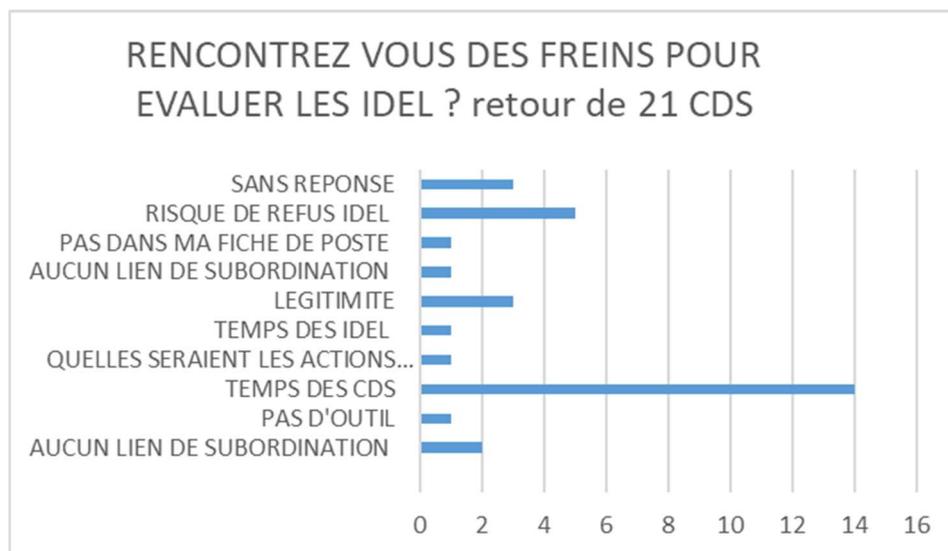
La Direction des Soins et de la Qualité fédère les cadres dans une dynamique projet en appuyant le retour des questionnaires (21 retours questionnaires pour 27 cadres de santé en poste) mais également en évoquant, lors de chacun des séminaires, qui ont eu lieu en janvier 2020, le thème de chaque projet afin d'accompagner les équipes cadres à de futurs changements organisationnels.

Ce questionnaire a mis en évidence que tous les cadres ont recours aux libéraux. Les attendus institutionnels sont entendus et compris.



8.2 Les faiblesses

Ce questionnaire a clairement identifié que la charge de travail des cadres est le plus grand facteur intrinsèque qui pourrait porter préjudice à ce projet.

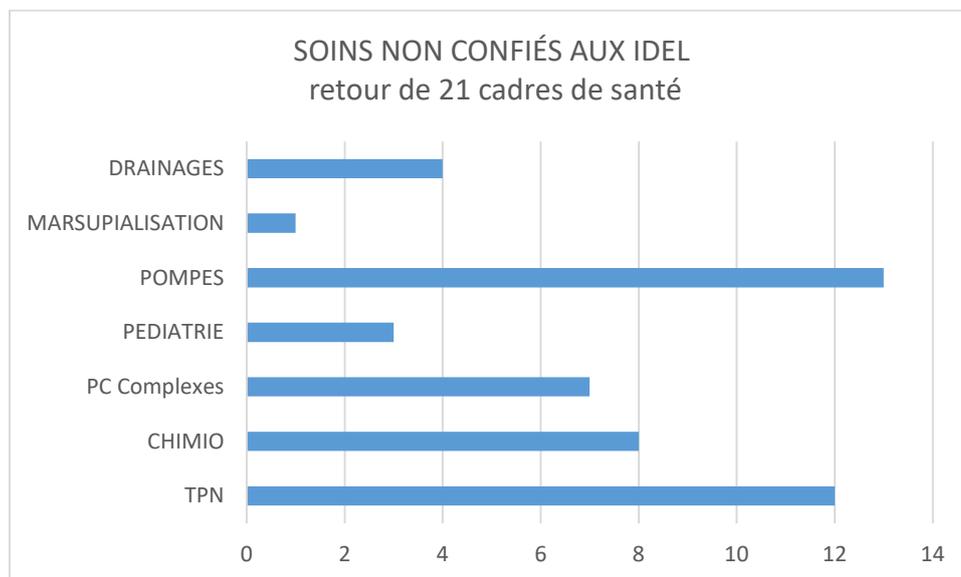


Quatorze retours, soit 1/3 des cadres de santé de la Fondation, évoquent clairement leur temps de travail comme un frein à l'évaluation des compétences des infirmiers libéraux. La coordination demande un temps important pour le cadre en HAD. En effet, après validation des prises en charge, il doit affecter informatiquement tous les soins à prodiguer. Cette affectation est régulièrement revue pour toujours optimiser le temps des soignants. Ces affectations vont alors incrémenter le logiciel de tournées des soignants. Compte tenu d'environ 70 à 80 patients par jour et par cadre, ce travail est chronophage. Chaque jour les soignants tracent le suivi des patients qui doit être lu par les cadres afin de mettre en place les actions nécessaires au bon déroulement de la prise en charge. Le cadre doit affecter une tournée à chaque soignant en prenant en compte les spécificités de chacun tout en anticipant les besoins des jours à venir. Toutes ces activités sont rythmées par les appels téléphoniques. Le téléphone est l'outil de communication qui relie les cadres et les professionnels sur le terrain.

La légitimité par 3 cadres ainsi que le lien de subordination par 2 cadres, sont également évoqués. Lors de l'élaboration du questionnaire, c'est bien le terme d'évaluation qui a été mis en avant et certaines cadres jugent que pour évaluer, il faut un lien hiérarchique.

Le changement de dénomination, établi dans un deuxième temps pour favoriser l'adhésion des libéraux, sera donc plus approprié pour fédérer également les équipes cadres au projet.

Une autre faiblesse intrinsèque est le type de soins confiés.



Ce retour met en évidence que les soins complexes et les prises en charges spécifiques ne sont pas confiés aux libéraux.

Avec le recul, il aurait été nécessaire de poser une question supplémentaire sur les raisons. J'ai donc décidé d'échanger avec quelques cadres qui ont toutes répondu : les chimiothérapies nécessitent 3 jours de formation obligatoire pour les infirmiers salariés donc sans formation pas de pratique, pour les pompes ambulatoires le double contrôle cadre de santé/ IDE obligatoires avant la pose est trop chronophage pour les libéraux et pour finir les autres soins (marsupialisation, drainage, Thérapies à Pression Négative) demandent une formation spécifique car ce sont des soins nécessitant du matériel à réserve hospitalière uniquement et donc non pratiqués par des libéraux qui ne peuvent recourir à ce type de dispositifs médicaux.

8.3 Les opportunités

La dynamique gouvernementale de décloisonnement en est la première. L'Union Régionale des Professionnels de Santé et les structures d'HAD membres de la FNEHAD ont signé une charte de coopération⁵³ pour harmoniser leurs relations. Celle-ci a été signée en 2017. L'Agence Régionale de Santé d'Île de France dans le cadre de sa politique de développer l'amélioration, la qualité et la sécurité des prises en charge dans la région, a créé la Structure d'Appui Régionale A la Qualité des Soins et à la Sécurité des patients, l'un des dispositifs prévus par le Programme National pour la Sécurité du Patient. Son objectif est de faciliter la coopération des différentes structures.

L'heure est aux coopérations, les individus ne veulent plus travailler seuls. De plus, tous les professionnels médicaux et paramédicaux souhaitent améliorer la sécurisation des parcours. La preuve est, par le développement des maisons de santé dont la spécificité tient à leur mode de travail en équipe, à la prise en charge globale du patient : un exercice coordonné. De même, avec le déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé qui est en constante évolution : 200 projets de CPTS recensés par la mission de l'IGAS en 2018 et l'objectif du gouvernement est de

⁵³ Annexe n° 11 : Charte de coopération URPS IDEL FNEHAD

1000 pour 2022. Il s'agit de regroupements de professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser à leur initiative autour d'un projet pour répondre à des problématiques communes telles que l'organisation des soins, coordination ville-hôpital, coopération médecins infirmières. Un mode d'organisation en réseau à partir de projets individuels et collectifs de cohérence de soins. Ce projet est une passerelle entre professionnels et assoit d'autant plus le travail de coordination du cadre de santé en HAD. Le langage utilisé auprès des infirmiers libéraux est primordial, c'est pourquoi le terme d'ÉVALUATION a été écarté par le groupe projet au profit d'HARMONISATION des pratiques : une formulation positive et constructive. D'autant que l'harmonisation est le thème central du projet d'établissement 2016-2020. En effet, la Direction des Soins et de la Qualité met en œuvre une dynamique d'harmonisation inter-pôle avec des séminaires cadres et des groupes de travail qui en découlent pour travailler sur les pratiques et ainsi prendre le meilleur de chacun des pôles et l'étendre aux autres.

Le code de déontologie est une autre opportunité. En effet, le décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers énonce les devoirs des infirmiers envers leurs patients ...ainsi que les rapports des infirmiers avec leurs confrères et les membres des autres professions de santé. La section 2 devoirs envers le patient précise par l'article R 4312-10 : L'IDE agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient, la section 4 modalités d'exercice de la profession par l'article R 4312-37 : L'IDE respecte et fait respecter les règles d'hygiène, l'article R 4312-46 : ...L'IDE a le devoir d'actualiser et perfectionner ses compétences.

Le mail⁵⁴ fait aux infirmiers libéraux afin de vérifier la faisabilité du projet est empreint de bienveillance et d'empathie. Il transparaît une attitude de collaboration et non d'imposition aux pratiques de la Fondation. « *Les rapports hiérarchiques ou entre pairs permettent une multitude de rapports de proximité, potentiellement favorables à un ajustement mutuel des compétences de chacun avec celle de ses interlocuteurs* »⁵⁵.

40 mails envoyés : 10 retours positifs, aucun retour négatif

Les retours après ce mail mettent en exergue que les infirmiers libéraux ne sont pas tous partis de l'Hôpital pour s'affranchir des liens hiérarchiques. Les conditions de travail se sont dégradées, les libéraux veulent redonner un sens à leur profession. Les libéraux font part de leur souhait de « bien travailler » ce que ne leur permettait plus l'Hôpital. Cette opportunité se retrouve dans la dynamique institutionnelle. Les temps de soins des salariés sont adaptés aux besoins du patient afin de garantir qualité et sécurité, et les cotations des actes adaptées aux temps de présence nécessaire des libéraux auprès des patients.

De plus, l'opportunité d'une rencontre physique avec le cadre a été mise en évidence par les libéraux. Une relation, un lien professionnel se crée lors de nos appels et le souhait d'une rencontre est clairement identifié par le cadre test et par les libéraux de ce secteur qui ont répondu favorablement à ce projet.

8.4 Les menaces

Les menaces sont générées par l'environnement du projet.

⁵⁴ Annexe n°12 : Mail à l'attention des infirmiers libéraux

⁵⁵ ROBINEAU FAUCHON Isabelle. Dialectique du soignant top chef et éthique du management. MASTER II management des organisations soignantes 2019- 2020

Les cadres, à travers le questionnaire en ont identifié une : le risque de refus des libéraux dans cette dynamique d'harmonisation des pratiques. La principale mais qui pourrait être bloquante dans certaines situations : Ces infirmiers ont quitté l'hôpital et vont-ils accepter de travailler avec la Fondation sur leur pratique ? Des résistances potentielles lorsque l'on aborde l'évaluation ont motivé le choix du terme d'harmonisation.

Le temps des libéraux est évoqué également par les cadres de santé. L'institution met en œuvre des actions pour éviter de potentialiser les menaces et une cotation pour les visites de coordination cadre/libéraux a été prévue.

8.5 L'analyse de ses pratiques

Jean Paul DUMOND en 2006 a décrit trois styles d'évaluation. Dans le cadre de ce projet managérial, il semble alors opportun de transposer ces différentes évaluations à l'harmonisation des pratiques entre infirmiers salariés et libéraux.

- L'évaluation contractualiste dite « marchande ». La relation de travail est un échange contributions /rétributions.

Les infirmiers libéraux sont rémunérés par La Fondation. Dans ce cadre, nous suivons la nomenclature générale des actes professionnels. Cependant, le choix de la direction est de ne pas appliquer de dégressivité. Tous les soins sont réglés à taux plein ce qui nous permet d'être attractifs lors des demandes de collaboration, surtout lors de prises en charges nécessitant de nombreux soins.

De même, les interventions des libéraux lors des réunions hebdomadaires cadres /soignants/médecin coordonnateur sont également rémunérées. Ces moments développent les liens professionnels, des moments privilégiés au regard de la distance géographique habituelle. Ces échanges permettent de « *comprendre une situation, ...en construire une représentation conceptuelle qui permette d'agir sur elle avec efficacité...Cette représentation qui permet de passer d'une situation indéterminée ou floue à une situation problématique, de mettre en problème pour pouvoir envisager des stratégies de résolution de problèmes* »⁵⁶. Ces réunions favorisent la réflexivité. L'HAD prend en charge des situations complexes et « *une solidarité permet d'affronter à plusieurs des situations difficiles* »⁵⁷.

- L'évaluation de conformité, une approche bureaucratique » qui consiste à vérifier si les salariés suivent les consignes. Les critères de jugement doivent être précis, objectivables et mesurables. Les évaluateurs jugent.

Et dans ce contexte, la mise en place de fiches d'auto-évaluation⁵⁸ semble opportune. Le groupe projet a donc travaillé sur les soins les plus pratiqués par les libéraux.

Dans un premier temps, des fiches sont élaborées sur l'administration des traitements intra-veineux, la pose d'aiguille de Hubert, la réfection des pansements, la surveillance, l'administration des traitements per os, la pose de sonde urinaire, la pose

⁵⁶ LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions d'Organisation. Paris. 2004. page 97

⁵⁷ LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions d'Organisation. Paris. 2004. page 203

⁵⁸ ANNEXE n°13 : FICHES AUTO-EVALUATION

d'alimentation entérale, la surveillance glycémiques et les injections d'insuline. Il faudra étoffer ces fiches au fur et à mesure des retours des cadres selon les soins confiés car le questionnaire a seulement mis en évidence les soins non confiés : Une liste probablement non exhaustive, à retravailler.

Ce projet permettra une mise à jour continue de la cartographie des compétences des infirmiers libéraux permettant des conventions de prises en charge ciblées.

Guy LE BOTERF ⁵⁹ considère trois types d'approches pour juger d'une compétence :

- S'assurer que l'activité soit conforme aux procédures, pas dans la pure exécution de la procédure mais dans la pertinence avec laquelle on l'applique.

L'autonomie et la créativité vont de pairs et il est dommage de devoir la restreindre car elles sont pourvoyeuses de motivation et gage de performance.

- Apprécier l'efficacité et la performance par rapport au résultat attendu.

- Chercher à repérer le plus adaptatif, la part du travail réel que chacun apporta au-delà du prescrit, pour gérer les impondérables assurer le bon déroulement du processus et de la qualité du résultat.

Ces fiches d'auto-évaluation, que je préconise en qualité de chef de projet, ont ensuite été élaborées par le groupe projet et les libéraux du secteur test afin de vérifier ensemble la faisabilité sur le terrain. L'objectif n'est pas d'imposer des procédures mais de travailler ensemble dans l'harmonisation de nos pratiques. Pour citer Philippe CARRE, un universitaire français, professeur des universités en sciences de l'éducation : « *on apprend toujours seul mais jamais sans les autres* ».

Et la troisième évaluation décrite par Mr DUMOND est :

- L'évaluation communautariste où « *la relation de travail repose sur des liens invisibles d'attachement réciproque* »⁶⁰. Cette évaluation permet de réaffirmer la reconnaissance mutuelle. Elle conforte la confiance.

C'est ici que prend tout le sens d'évoquer une harmonisation. Construire et avancer ensemble dans un objectif commun : garantir qualité et sécurité des soins. C'est pourquoi, le groupe projet a également eu l'initiative d'élaborer une fiche à compléter lors d'une visite de coordination⁶¹ cadre/infirmiers libéraux en situation de travail. Cette pratique permet d'une part de créer des liens professionnels mais également de conforter le patient. Une collaboration où chacun a conscience de l'objectif à atteindre : sortir de l'exercice solitaire en s'inscrivant dans une démarche collective. Les cadres de santé et les libéraux pourront alors « *construire à partir de leurs représentations individuelles, des représentations partagées de problèmes à résoudre, des situations à traiter, des objectifs à atteindre, des moyens à réaliser... Une élaboration commune et progressive... Elle est sans cesse à actualiser, enrichir, à restructurer en fonction des événements* »⁶². La Fondation favorise cette collaboration, la prochaine étape institutionnelle est l'accès au dossier partagé aux professionnels

⁵⁹ LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions d'Organisation. Paris. 2004.

⁶⁰ DUMOND Jean Paul. La Gestion des Ressources Humaines dans les organisations de santé. MASTER I des organisations soignantes. Septembre 2015. Page 39

⁶¹ ANNEXE n°14 : FICHE VISTE DE COORDINATION EN SITUATION DE TRAVAIL

⁶² Guy Le Boterf. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions d'Organisation. Paris. 2004. Page 177

de santé libéraux, en tant que rédacteur et non plus lecteur simple. Elle met en œuvre le décloisonnement par des démarches interdisciplinaires. Une mise en commun des compétences sera alors établie, et ainsi enrichit notre réseau et notre sentiment d'appartenance à un même but. L'interaction sociale est moteur des organisations.

Ces visites à domicile « créent des relations agréables, partagent des références et à terme une identité commune »⁶³.

8.6 L'accompagnement des infirmiers libéraux

Au regard du taux de retours des infirmiers libéraux, il sera nécessaire d'accompagner certains cabinets dans cette nouvelle organisation. Les libéraux, comme tous les professionnels de santé, n'échappent pas à cette logique d'adaptation. L'heure n'est plus à la question « faut-il changer » ? mais quelle conduite adopter selon le changement ?

Pour ce faire les travaux d'ALTER (2005) semblent adaptés à la situation. Cet auteur « assimile l'innovation à une destruction créatrice »⁶⁴. Selon lui, l'innovation consiste à donner du sens et à mettre en usage l'invention qui n'est que création. « Pour devenir innovation, l'invention de départ doit être expérimentée et pratiquée »⁶⁵. Le rapprochement entre l'invention : les fiches de VAD, celles sur l'auto-évaluation et l'expérimentation faite par le groupe test sont la mise en pratique de cette conduite de changement. Ce projet n'est pas un projet descendant mais bien un processus collectif faisant intervenir les différents acteurs impliqués souhaitant modifier les pratiques actuelles afin de les rendre plus performantes.

Dans la dynamique de l'organisation apprenante qu'est la Fondation, cette innovation, ce projet se développe dans un contexte d'apprentissage. Le concept de SENGE est à nouveau transposable. En effet, une organisation apprenante, permet à ses membres « de développer leurs capacités à atteindre les résultats qu'ils cherchent, où de nouveaux modes de pensées sont mis au point, où les aspirations collectives ne sont pas freinées, où les gens apprennent en permanence comment apprendre ensemble »⁶⁶. Le cadre de santé poursuit, dans ce projet, son rôle de coordination. Il est celui qui permet d'apprendre à apprendre ensemble. Ces fiches d'auto-évaluation et les Visites À Domicile communes, donnent le pouvoir au terrain et sensibilisent tous les acteurs à leur responsabilité. L'organisation apprenante se construit dans le temps. C'est dans cette démarche temporelle, que la mise en place sera plus efficace avec les infirmiers libéraux répondant favorablement à ce projet. En effet, les cinq disciplines de SENGE (2006), qui s'est inspirée des travaux d'ARGYRIS (1995), se mettent alors en place naturellement.

- 1ère discipline : le professionnel s'engage dans une dynamique d'auto-apprentissage professionnel et personnel. Les libéraux acceptent le projet et s'engagent dans cette nouvelle dynamique.

⁶³ BOURGEOIS Etienne DURAND Marc. Apprendre au travail. Editions presse universitaire de France. 2012- 2017.Paris. Page 198

⁶⁴ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, JOHSON Kevin. Conduite du changement : concepts clés. Editions Dunod. Malakoff. 3-ème Edition. 2018. Page 23

⁶⁵ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, JOHSON Kevin. Conduite du changement : concepts clés. Editions Dunod. Malakoff. 3-ème Edition. 2018. Page 25

⁶⁶ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, JOHSON Kevin. Conduite du changement : concepts clés. Editions Dunod. Malakoff. 3-ème Edition. 2018. Page 89

- 2ème discipline : le professionnel identifie ses propres modèles et se remet en cause. L'élaboration des fiches se fait à partir de leur travail réel. S'instituent alors des conflits de critères comme l'exprime Yves Clot dans son ouvrage *le travail et le pouvoir d'agir*.
- 3ème discipline : la construction d'une vision partagée par l'intermédiaire de la validation des fiches des différents acteurs. L'élaboration des fiches d'auto-évaluation et de visite à domicile en situation de travail favorise la création d'intelligence individuelle et collective pour faire des conflits de critères une ingéniosité, pour reprendre à nouveau les propos d'Yves Clot⁶⁷, et alors trouver un consensus pour un travail bien fait. Pour fédérer les libéraux, un accompagnement élevé est nécessaire et ces ateliers virtuels de co-construction semblent le mode adapté⁶⁸.
- 4ème discipline : la capacité d'un groupe à créer les résultats attendus. Chaque intervenant prodiguera les soins sur les mêmes critères de qualité.
- Et la 5ème discipline : la vision systémique, les professionnels ont compris qu'ils sont en interrelation et que la réussite dépend de tous. Une action continue dans le temps.

C'est en apprenant ensemble que l'on pourra assurer qualité et sécurité des soins.

Pour les libéraux qui ne s'inscrivent pas dans cette démarche d'harmonisation des pratiques, il sera alors nécessaire que le cadre déploie son leadership : guider, influencer, inspirer. Il lui faudra alors apprendre et comprendre quels sont les blocages. Le cadre devra prendre en compte les comportements et le positionnement de chaque libéral, face au projet. L'identification des comportements est une phase essentielle pour aider les infirmiers libéraux à se projeter et alors créer une véritable adhésion. Le cadre doit être flexible pour s'adapter à chacun des comportements. Il s'agit alors d'exploiter et de valoriser les différences pour en faire une complémentarité.

Le cadre n'est pas dans un management de contrôle auprès des libéraux mais dans la co-construction des critères de la qualité du travail dans une approche d'expérimentations⁶⁹. Le cadre devra faire comprendre qu'il n'est pas là pour imposer son point de vue mais pour construire. « *La contradiction et le conflit sont inévitables et, dans la mesure où ils sont assumés et constamment dépassés par la créativité, ils sont moteurs de tous progrès* »⁷⁰. Le dialogue du cadre doit donner sens au projet en communiquant sur les enjeux. Nous faisons alors évoluer nos mécanismes de coordination (chapitre 4.3.1) en complétant l'ajustement mutuel, par la standardisation des procédés de travail puis des normes. « *Ces mécanismes peuvent être considérés comme quelque peu substituables entre eux mais ils sont tous, en fait, présents dans toutes les organisations qui connaissent un degré de développement raisonnable* »⁷¹.

⁶⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=tV1DpO8LF9U> Yves CLOT. Travail et pouvoir d'agir

⁶⁸ MARCHAND Xavier. Cours Module Ressources Humaines. Master II des organisations soignantes. 2019/2020

⁶⁹ MARCHAND Xavier. Cours Module des Ressources Humaines. Master II des organisations soignantes. 2019/2020

⁷⁰ THULIER Odile et VIAL Michel. L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital. Editions Lamarre. Rueil Malmaison. 2003. Page 153

⁷¹ MINTZBERG Henry. Le management Voyage au centre des organisations. Paris : Eyrolles Editions d'organisation, 1989 2004, p 188

Le cadre de santé devra s'appuyer sur le cadre responsable de la coordination des libéraux pour permettre aux libéraux de s'interroger sur le sens de leur travail et ainsi les amener à analyser les dysfonctionnements préjudiciables à la qualité.

Nous pouvons aussi imaginer des réunions en invitant tous les libéraux du secteur afin que le groupe test des libéraux, moteurs de cette harmonisation des pratiques fédère les plus hésitants.

Cependant, un refus non négociable pourra être un frein à une collaboration. Il serait alors pertinent de revoir les obligations des libéraux dans le contrat de collaboration.

A l'inverse, nous pouvons imaginer dans le futur, mettre en place une labellisation pour les libéraux. Ce label formaliserait leur pratique et leur permettrait de se positionner dans un système de santé de plus en plus concurrentiel. Il favoriserait une reconnaissance de la profession, en offrant une visibilité sur leur travail d'amélioration continue de la qualité des soins prodigués. Un nouvel élément de décision s'offre alors aux usagers de la santé dans leur choix, lors de leurs recherches d'infirmiers libéraux.

Harmoniser les pratiques des infirmiers salariés et des infirmiers libéraux, c'est leur donner de la valeur.

8.7 L'évaluation du projet

L'évaluation fait partie intégrante d'un projet. L'évaluation permet de valoriser le projet, de l'améliorer en prenant du recul, de valoriser son action, et de rendre compte à la Direction.

Dans ce projet, quels sont les critères qui pourront déterminer son succès ?

Nous pouvons envisager un critère supplémentaire dans l'expérience du patient afin de vérifier sa satisfaction sur la coordination entre ses infirmiers libéraux et la Fondation. Ce critère permettrait d'évaluer des aspects objectifs. Les précautions standards, les protocoles sont-ils les mêmes selon l'intervenant ?

De nouveaux indicateurs seront à compléter par les cadres : le taux de recours aux infirmiers libéraux le nombre de visite à domicile cadre de santé/ infirmiers libéraux en situation de travail effectuées, le nombre de fiches d'auto-évaluation mis en relation avec le recours aux libéraux.

Le travail du cadre supérieur prendra alors le relais du chef de projet. En effet, une des missions du cadre supérieur de santé est de contribuer à l'organisation des projets stratégiques. Il doit s'assurer que les cadres partagent la vision stratégique institutionnelle de telle sorte qu'ils puissent eux-mêmes la décliner de façon concrète avec les équipes soignantes.

Le cadre supérieur de santé doit mobiliser son collectif cadre dans l'atteinte des objectifs institutionnels. Il conviendra d'organiser des temps d'échanges réguliers pour travailler en co-construction en s'appuyant sur ces indicateurs préalablement définis afin d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs, d'identifier des freins, d'encourager le collaborateur, de lui permettre de réajuster ses actions, ou encore de maintenir son niveau de motivation.

Ces indicateurs seront alors une nouvelle visibilité sur le travail du cadre de santé et alors incrémentés dans l'évaluation de ses compétences par le cadre supérieur.

9 L'ACCOMPAGNEMENT DES CADRES

9.1 La conduite du changement

Pour potentialiser l'adhésion aux projets institutionnels, la direction est dans la dynamique des auteurs comme ARGYRIS (1995) ou NONAKA (1994) en « *donnant plus de liberté aux acteurs de l'organisation, afin qu'ils puissent être en mesure de porter le changement et de créer de nouveaux savoirs* »⁷².

L'objectif de ce projet est de le déployer au sein de la Fondation afin d'optimiser notre organisation. Après la mise en place et l'évaluation sur le secteur test, si le projet est efficient, il sera alors nécessaire d'accompagner les cadres de santé dans le changement de leur organisation. Dans un environnement en constante mutation, l'accompagnement des professionnels est essentiel.

La communication pour ce changement organisationnel, même si non élevée, s'effectuera par une promotion forte par le groupe projet, groupe de référence⁷³. La déclinaison du projet sera animée par le chef de projet, sur chacun des pôles avec le collectif cadres, le Cadre Supérieur de Santé et la directrice des soins et de la qualité. LEWIN (1947 ;1975), pionnier dans la psychologie sociale, propose un modèle de changement adapté pour les groupes et toujours applicable en 2020, pour les destinataires du changement. « *Le groupe joue le rôle de réducteur d'incertitudes pour l'individu* »⁷⁴. Ce processus met en évidence trois phases ⁷⁵:

- La phase de décristallisation correspond à l'abandon des comportements habituels et la création d'une motivation : Cette phase a déjà débuté lors de leurs réponses au questionnaire qui cherchait à mettre en évidence la culture de l'évaluation pour les salariés mais non appliquée pour les libéraux alors que des soins leurs sont confiés. Cela questionne les pratiques actuelles et favorise la prise de conscience du besoin de changer les pratiques.

Ce projet implique un changement pour les cadres de santé qui vont mettre en œuvre ces fiches et devoir les accompagner auprès de leurs partenaires libéraux.

Le questionnaire transmis aux cadres de santé a permis de mettre en évidence les blocages et ainsi travailler en amont sur de potentielles résistances en anticipant leurs inquiétudes.

Au regard du retour des questionnaires sur la légitimité du cadre de santé sur le travail des libéraux, il est nécessaire de redéfinir les priorités du cadre au sein de la Fondation : la coordination et le suivi de la prise en charge des patients confiés sur tout leur parcours de soins, en relation avec l'ensemble des acteurs internes et externes et le contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en matière de traçabilité et d'évaluation, en lien avec la politique de l'établissement.

L'objectif est de construire une nouvelle organisation. Le cadre de santé doit vérifier les compétences des infirmiers libéraux avec lesquels il collabore. Et la légitimité, un

⁷² AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, JOHSON Kevin. Conduite du changement : concepts clés. Editions Dunod. Malakoff. 3-ème Edition. 2018. Page 9

⁷³ MARCHAND Xavier. Cours Module Ressources Humaines. Master II des organisations soignantes. 2019/2020

⁷⁴ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, JOHSON Kevin. Conduite du changement : concepts clés. Editions Dunod. Malakoff. 3-ème Edition. 2018. Page 152

⁷⁵ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, JOHSON Kevin. Conduite du changement : concepts clés. Editions Dunod. Malakoff. 3-ème Edition. 2018. Pages 151

des freins évoqués par les cadres, n'est pas justifié au regard de ses missions. Le cadre ne peut confier des soins sans s'enquérir des compétences des libéraux. La qualité des soins prodigués est le reflet de la Fondation.

- La phase de déplacement : l'équipe cadre a compris l'utilité de changement, est ouverte à la mise en place de nouvelles pratiques. Les fiches et les visites à domicile peuvent alors être expliquées. Les visites de coordination cadre de santé/ infirmiers libéraux décloisonnent les structures. Elles sont un élément moteur dans l'échange individuel et singulier. Elles renforcent la confiance du patient. Elles vont permettre, par les différentes questions, une analyse constructive et de poser les bases de la collaboration. En effet, à travers les réponses, il faudra pour le cadre ajuster en fonction des libéraux et de ses préférences.
- La phase de cristallisation : Une fois que le changement a été adopté, l'objectif est de stabiliser et consolider la nouvelle organisation et les nouvelles méthodes de travail.

L'accompagnement de ce projet nécessite de rassurer les cadres de santé dans cette nouvelle mission. Lors de chacune des phases, il faudra adapter sa communication pour accompagner le changement. En qualité de chef de projet, je permets aux cadres de santé de visualiser le chemin pour atteindre l'objectif. Ce changement organisationnel va développer des processus psychologiques (doutes-résistances- peur- résignation avant l'acceptation) qu'il faudra accompagner tout le long de la mise en place.

Un projet accompagné a plus de chance de réussite d'autant qu'il a été élaboré par un pair, en toute connaissance des difficultés de terrain. En qualité de chef de projet, j'interviens comme expert et non comme manager. Mon objectif est de transmettre le projet afin que chaque cadre puisse le porter et proposer des actions concrètes dans le sens des objectifs poursuivis.

D'autant qu'un autre frein a été évoqué : leur charge de travail. En effet, en HAD, le cadre a, comme je l'ai évoqué, un travail administratif chronophage mais non reportable. Suite à de nombreuses demandes, les cadres ont désormais la possibilité de faire remonter du terrain, un infirmier référent pour assurer ces tâches indispensables, mais qui ne lui laisse que peu de place pour le management d'équipe. Un groupe de travail Master II travaille en parallèle sur le sujet. L'harmonisation des pratiques avec les infirmiers libéraux ne sera mise en application que sous couvert de la mise en place des IDE référente. Il sera probablement nécessaire de faire une analyse et de plans d'actions en collaboration avec le service des ressources humaines pour potentialiser le recrutement accordé, je le rappelle par la direction.

Ce temps retrouvé permettra au cadre de trouver une véritable valeur ajoutée dans le management de la qualité et sécurité des soins. Du temps pour mettre en place les visites à domicile cadre/ infirmiers libéraux, augmenter celle avec les infirmiers salariés. Car au-delà d'harmoniser ou évaluer les pratiques, ces visites à domicile sont des moteurs pour la prise en charge du patient par la pertinence de l'analyse du cadre de santé.

Cette capacité de discernement qu'il faudra également mettre en œuvre pour l'analyse des fiches d'auto-évaluation. Ces fiches d'auto-évaluation permettent de mettre en évidence les compétences des libéraux, d'en établir une cartographie et ainsi donner la possibilité au cadre, de déployer une Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences afin d'adapter les ressources IDE et les demandes de prises en charge.

9.2 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

La principale richesse d'une entreprise se trouve dans ses ressources humaines. La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences est une approche managériale, un outil permettant à l'entreprise d'accroître sa performance, la valorisation des compétences des salariés, l'optimisation des dispositifs de formation.

La GPEC n'est pas une nouveauté. Dans les années 60 puis 80 avec l'installation de la crise et la montée du chômage, les contraintes économiques, le développement technologiques ont imposé la nécessité d'adapter les ressources des entreprises et les compétences des salariés à la situation de l'emploi. Les organisations de santé n'y échappent pas et la Fondation doit la développer davantage. En effet, la direction a déjà mis en place un pool de remplacement IDE, afin d'ajuster les ressources des secteurs en fonction des arrêts de travail, des congés maternité. Mais, il faut désormais aller plus loin pour poursuivre notre compétitivité.

Chaque cadre doit construire sa propre démarche pour optimiser son secteur en fonction des compétences des salariés et des libéraux et ainsi avoir le professionnel au bon endroit au bon moment. Le cadre de santé doit *« aussi développer ces ressources, diagnostiquer les manques, identifier les compétences nécessaires et les produire pour palier au déficit »*⁷⁶ des infirmiers. La GPEC permet de renforcer la professionnalisation et contribue à améliorer la qualité de soins.

Par cette gestion, le cadre *« exploite et optimise le capital de chacun mais il favorise aussi la confiance, le partage et l'engagement dans un projet commun »*⁷⁷. *« Le rôle du manager est d'exprimer l'énergie qui existe naturellement en chaque individu »*⁷⁸. Le cadre par la synergie des compétences individuelles développe une compétence collective. Les cadres doivent comprendre l'intérêt collectif qui est de potentialiser le nombre de prises en charge et l'intérêt individuel qui est d'adapter les tournées en fonction de sa cartographie des compétences.

La GPEC n'est plus cloisonnée en intra mais réinterroge les relations entre l'HAD et les acteurs du domicile.

Le dialogue avec le service des ressources humaines sera alors à poursuivre par la Cadre supérieure afin de remonter les demandes spécifiques de formation et de recrutement pour les IDE salariés.

Mais également, un lien avec la responsable de la coordination des infirmiers libéraux afin que les formations proposées aux libéraux soient en adéquation avec les besoins des cadres de santé.

*« Il n'est pas alors impossible que la notion de ressources humaines soit peu à peu remplacée par celle des richesses humaines »*⁷⁹.

⁷⁶ DIETRICH Anne. Management des compétences. Editions Vuibert. Mars 2018. Paris. Page 77

⁷⁷ DIETRICH Anne. Management des compétences. Editions Vuibert. Mars 2018. Paris. Page 109

⁷⁸ MINTZBERG Henri. Manager l'essentiel. Editions Vuibert. Septembre 2014. Paris. Page 52

⁷⁹ LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Editions d'organisation. 2000 2001 2004. Paris. Page 43

CONCLUSION

« C'est cela l'innovation organisationnelle, cette capacité à modifier pratiques et organisation du travail, relations entre professionnels, mais aussi entre professionnels et usagers »⁸⁰.

Ce projet est une belle expérience : Une dynamique collective entre le groupe projet de la Fondation et des infirmiers libéraux.

Ce projet est un levier de performance personnelle au profit de l'institution. Il offre de nouvelles perspectives de développement des compétences des cadres de santé : Avoir une vision et la conscience des enjeux de chacun au niveau territorial.

La logique de compétences débute généralement par un projet pour accroître la performance. Celui-ci est ensuite confronté à la réalité soumis alors à la confrontation et de la négociation. L'objectif est l'amélioration des dispositifs par la mise en place des fiches d'auto-évaluation et l'émergence de nouvelles collaborations entre les cadres de santé et les infirmiers libéraux, renforcées par les visites à domicile. Chacun devient alors acteur de sa professionnalisation.

Ce projet projette les cadres de santé dans de nouvelles expérimentations intellectuelles et relationnelles. Cet objectif d'harmoniser les pratiques donne du sens à la mission du cadre de garantir qualité et sécurité des soins. Sa capacité à agir dépendra en partie de la richesse de son environnement.

En favorisant la collaboration entre professionnels, ce projet contribue à améliorer la qualité et la pertinence des parcours de santé. En cela, il s'inscrit pleinement dans le plan « Ma santé 2022 ». L'harmonisation des pratiques est un critère de satisfaction pour les usagers de la santé. En effet, quel que soit l'intervenant, les soins prodigués seront toujours de qualité.

Le but n'est pas de rendre pérenne ce projet car il faut sans cesse se réinventer afin d'être toujours en adéquation avec les attentes institutionnelles. Il faudra alors le faire évoluer. L'évaluation à moyen et long terme nous guidera dans les améliorations à apporter afin de répondre aux besoins du moment. En effet, les besoins d'aujourd'hui ne sont pas ceux de demain et les professionnels doivent sans cesse s'adapter. Les fiches d'auto-évaluation préconisées pour harmoniser les pratiques entre infirmiers salariés et libéraux semblent la réponse au problème d'aujourd'hui mais de nouveaux supports seront peut-être à envisager avec les avancées technologiques, le virage numérique.

Comme l'écrit Nonaka-Tackeuchi-Ingham (1995) « l'amélioration est un accroissement de la valeur organisationnelle, c'est-à-dire une plus grande qualité de fonctionnement et de management »⁸¹.

Dans cette dynamique, la Fondation Santé Service favorise la participation des salariés aux projets institutionnels stratégiques. Cette démarche favorise l'adhésion et l'appropriation aux projets.

⁸⁰ <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000346.pdf>

⁸¹ MARCHAND Xavier. Cours Module Ressources Humaines. Master Organisation Soignante II. 2019/2020

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres complètes :

MINTZBERG Henry. *Manager l'essentiel*. Editions Vuibert. Septembre 2014. Paris. 183 pages

ZERBIB-LUCAS Sandrine. *(Re) donner du sens à son management*. Editions GERESO. 2019. Le Mans. 133 pages

LE BOTERF Guy. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Editions d'organisation. 2000 2001 2004. Paris. 244 pages

ALTER Norbert. *Donner et prendre La coopération en entreprise*. Editions la découverte. 2009 2010. Paris. 233 pages

DIETRICH Anne. *Management des compétences*. Edition Vuibert. Mars 2018. Paris. 191 pages

BOURGEOIS Etienne DURAND Marc. *Apprendre au travail*. Editions presse universitaire de France. 2012 – 2017. Paris. 225 pages

MARCHAT Hugues. *Le kit du chef de projet*. Editions Eyrolles. Paris. 6eme Edition. Septembre 2018. 257 pages

AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, JOHSON Kevin. *Conduite du changement : concepts clés*. Editions Dunod. Malakoff. 3-ème Edition. 2018. 334 pages

WALTER Hesbeen. *Cadre de santé de proximité*. Edition Elsevier Masson. 2011. Issy-les-Moulineaux. 155 pages

BESSER Hannah. *Manager à distance*. ESF éditeur. 2013. Issy-les-Moulineaux. 126 pages

MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*. Eyrolles Editions d'organisation. 1984-2006. Paris. 283 pages

BERNOUX Philippe. *Sociologie des organisations*. Editions du Seuil. 1985 2009, Paris .466 pages

MINTZBERG Henry. *Le management Voyage au centre des organisations*. Eyrolles Editions d'organisation. 1989 2004. Paris. 703 pages

DULUC Alain. *Leadership et confiance*. Editions Dunod. 2013. Paris. 251 pages

LEON Emmanuelle. *Le management à distance*. Editions Universitaires Européennes. 2011. Allemagne. 421 pages

THEVENET Maurice. *Management une affaire de proximité*. Editions d'organisation. 2003. Paris.172 pages

BRUNIER COJEAN Anaïs. *L'organisation apprenante, vers une entreprise plus humaniste*. Editions universitaires européennes. 2016. Mauritius. 116 pages

BOURRET Paule. *Prendre soin du travail un défi pour les cadres de santé à l'hôpital*. Editions Seli Arslan. 2017.Paris. 190 pages

FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Editions Mallet et Conseil. 2 -ème édition. 328 pages

THULIER Odile et VIAL Michel. *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. Editions Lamarre. Rueil Malmaison. 2003. 219 pages

Revues :

SENTILHES-MONKAM Angélique. *Rétrospective de l'hospitalisation à domicile L'histoire d'un paradoxe*. Revue française des affaires sociales. 2005/3, pages 157 à 182

LECLERCQ Anne. *Management à distance et confiance*. Dossier soins cadres N° 96 novembre 2015

LARVOR Claire. *Manager à distance un équilibre entre confiance et vigilance*. Dossier soins cadre n° 86 mai 2013

BRUN JP. *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens*, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail dans les organisations, octobre 2002

Cours théoriques :

MARCHAND Xavier : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences/ Module Ressources Humaines. Master des Organisations Soignantes II 2019/2020

LETOURNEAU Dominique : Cours de Stratégie Nationale de Santé. Master des Organisations Soignantes II 2019/2020

LETOURNEAU Dominique : Cours de l'innovation en santé. Master des Organisations Soignantes II 2019/2020

LETOURNEAU Dominique. Ma santé 2022. MASTER des Organisations Soignantes II 2019 -2020

DUMOND Jean Paul: Cours de transformations des organisations. Master des Organisations Soignantes II 2019/2020

GIRAULT Anne. Financement du parcours de soin et article 51. MASTER des Organisations Soignantes II 2019 -2020

DURAND ZALESKI Isabelle. Réforme de l'offre et du financement des soins et de la santé. MASTER des Organisations Soignantes II 2019 -2020

VECHARD E : Cours de l'approche territoriale des soins. Master des Organisations Soignantes II 2019/2020

ROBINEAU FAUCHON Isabelle : Dialectique du soignant top chef et éthique du management. Master des Organisations Soignantes II 2019/2020

DUMOND Jean Paul : La Gestion des Ressources Humaines dans les organisations de santé Master des Organisations Soignantes I 2015/ 2016

BLANCHEMANCHE Pauline. Cours Le partenariat. Ecole Supérieure Montsouris Formation Cadres de santé 2015 /2016

LE GAL Morgane. La notion de compétences du concept à l'opérationnalisation. Ecole Supérieure Montsouris Formation Cadres de santé 2015 /2016

Webographie :

<http://www.has-sante.fr/> consultation 2019/2020

<http://www.legifrance.gouv.fr/> consultation 2019/2020

<https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/consutation> 2019/2020

<http://www.fondation-santeservice.fr/> consultation 2019/2020

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/hospitalisation-domicile-had-acteurs-et-prises-en-charge> consultation 2019/2020

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1062.pdf>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-etmedicosocial/masanté>
2022

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3704>

https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-02/2018-02-06_HAD_DREES_rapport.pdf

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/algorithmes_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_des_medecins_prescr.pdf)

[12/algorithmes_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_des_medecins_prescr.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/algorithmes_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_des_medecins_prescr.pdf)

<https://www.youtube.com/watch?v=tV1DpO8LF9U> YVES CLOT. Travail et pouvoir d'agir

https://www.fnehad.fr/wpcontent/uploads/2019/03/N%C2%B08_20190311.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : Formations internes 2019 Fondation Santé Service

ANNEXE 2 : Lettre de mission

ANNEXE 3 : Convention de partenariat

ANNEXE 4 : Lettre de mission

ANNEXE 5 : Fiche Projet

ANNEXE 6 : Fiche de renseignements pour les IDEL

ANNEXE 7 : Questionnaire à l'attention des cadres de santé de la Fondation

ANNEXE 8 : Mail à l'attention des IDEL

ANNEXE 9 : Compte rendu réunion groupe projet

ANNEXE 10 : Compte rendu réunion groupe projet

ANNEXE 11 : Charte de coopération

ANNEXE 12 : Mail à l'attention des infirmiers libéraux

ANNEXE 13 : Fiches d'auto-évaluation

ANNEXE 14 : Fiche de coordination CDS/IDEL en situation de travail

ANNEXE 1 : Formations internes 2019 Fondation Santé Service

Formation Santé Service année 2019		
Actions	NB Sessions	NB Collaborateurs
Accueil et gestion des appels familles et patients	1	7
Accueil nouveaux soignants - Journée 1 et 2	12	142
Bien être du soignant et du soigné par le toucher massage	1	12
Bientraitance et droits du patient	1	12
Cotation NGAP	2	25
Démarche palliative	3	25
Développer ses compétences relationnelles	1	11
DPC - Douleur	2	13
DPC Apports en gériatrie sur la dégénérescence cognitive et les caractéristiques de la PC du grand âge	1	6
DPC Chimiothérapie	9	87
DPC Education thérapeutique	1	11
DPC Prise en charge des grossesses à risque et des post partum	1	8
DPC Mobiliser le patient tout en prenant soin de soi	2	16
DPC Neurologie	1	7
DPC Oncologie et oncogériatrie	1	11
DPC Pédiatrie et néonatalogie	4	41
DPC Pluriculturalité	1	10
DPC Prévenir et traiter les plaies	4	41
DPC Prévention des escarres	1	7
DPC Prise en charge des grossesses à risque et des post partum	1	8

DPC Prise en charge des insuffisants respiratoires pour IDE	2	17
DPC Soins palliatifs	5	64
Etre acteur de sa sécurité	1	7
Exercice au domicile du patient et obligations professionnels	2	16
Formation de Formateur	3	28
Gestes et soins d'urgence Niveau 1,2 et recyclage	8	65
Gestion des situations difficiles, l'efficacité sans le stress	1	11
Juste distance thérapeutique	1	8
La douleur et le patient douloureux : mieux comprendre pour mieux soulager	1	4
Maladie d'Alzheimer et démences apparentées pour les ESA	1	5
Prévention du risque infectieux pour AS	1	4
Prise en charge de la personne du grand âge	2	14
Prise en charge du patient handicapé à domicile	1	8
Séminaire des médecins coordonnateurs	1	13
Total	80	764

ANNEXE 2 : Lettre de mission



Service des Prestations/Facturations : 7 rue du commandant d'Estienne d'ORVES
92390 VILLENEUVE LA GARENNE
Tel : 01 47 86 68 09 / Mail : prestations@santeservice.asso.fr

LETTRE DE MISSION

Pôle Sud
106 /110 rue du Lieutenant Petit Leroy
94550 CHEVILLY LARUE
Tel 01 56 70 24 34 / Fax 01 48 52 00 18

Entre, d'une part

Cadre de santé :
Tel unité : 01 56 70 24 43

Et d'autre part

Soins à effectuer auprès de :

Adresse :
Tel :
Port

Les factures doivent être adressées pour règlement au service des prestations dans un délai de deux mois suivant la réalisation des soins

Le paiement interviendra en contrepartie des soins effectués et tracés (traçabilité claire et exhaustive des actes) dans le dossier de soins et sous réserve du respect de la NGAP et de la conformité de la tarification aux soins réellement effectués.

Les majorations doivent être précisées sur les factures. Elles seront prises en compte par le service facturation dans le respect des horaires précisés par le cadre de santé et du rythme des jours de passage.

Dans un souci d'amélioration continue de la qualité des prestations dispensées à nos patients, nous mettons à votre disposition des informations sur l'organisation de notre structure, ses pratiques de référence, ses modalités de fonctionnement ainsi que tous les liens utiles à l'organisation du partenariat sur le site fondation-santeservice.fr
« espace partenaire/infirmières libérales ».

Un exemplaire SIGNE de ce document doit être retourné à l'adresse du pôle indiquée sur ce courrier.

Puteaux, le 12/02/2020

Mesdames, Messieurs,

La lettre de mission jointe à ce courrier est à renvoyer à l'adresse du pôle (indiquée en haut à gauche de la lettre).

La convention de partenariat est un autre document devant être signé par tout IDEL travaillant dans le cadre de l'HAD. Elle est indispensable à notre organisation et à la validation des factures que vous nous adressez. Elle peut vous être envoyée par mail en contactant notre coordinatrice pour le partenariat IDEL, Brigitte LEPETIT.

NOUVEAU : Vous trouverez en annexe les informations vous permettant de vous connecter à notre **plateforme E-PARTAGE** permettant à chaque professionnel de santé d'avoir un accès direct en lecture aux données médicales et paramédicales de ses patients pris en charge par l'HAD Santé Service

Nous vous rappelons que la **traçabilité** de vos passages et de vos soins dans le dossier du patient est tout aussi indispensable pour optimiser le règlement de vos factures.

Pour toute question, merci de contacter Brigitte LEPETIT par mail :

brigitte.lepetit@santeservice.asso.fr

Vous remerciant de votre compréhension et de votre collaboration.

Martine FRANZIN GARREC
Directeur des soins et de la Qualité
HAD de la Fondation Santé Service

E-PARTAGE SANTE SERVICE

<https://epartage-santeservice.fr>

Pour un accès sécurisé aux données médicales des patients pris en charge en HAD à Santé Service

La Fondation Santé Service met à disposition de ses partenaires son nouveau portail web «E-PARTAGE Santé Service». Cette plateforme permet à chaque professionnel de santé concerné d'avoir un accès direct aux données médicales des patients pris en charge par l'HAD Santé Service.

Pour nos partenaires

→ Médecin hospitalier → Médecin traitant → Infirmier → Kinésithérapeute → Sage-femme

Quel contenu ?

→ Synthèse infirmière → Suivi des médecins → Réunions pluri-professionnelles
→ Projet personnalisé de soins → Suivi de plaies → Compte-rendu d'hospitalisation

*Ce contenu est évolutif et d'autres fonctionnalités seront ajoutées au fur et à mesure du déploiement de ce nouvel outil.

Quel support ?

Tout type de support informatique (PC, tablettes, smartphones...)

Vous avez besoin d'aide : informatique@fondation-santeservice.fr



COUPON REPONSE POUR OUVERTURE DES DROITS VOS COORDONNEES

Pour créer votre compte et vous permettre de vous connecter au nouveau portail «E-PARTAGE Santé Service», nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir les informations ci-dessous. Dans les jours qui suivront la réception de vos données, vous recevrez un mail qui vous permettra de vous connecter à notre nouveau portail web.

IMPORTANT : L'ensemble de ces informations sont indispensables pour créer votre compte et ne seront utilisées que dans ce cadre restreint.

Je suis :
<input type="checkbox"/> Médecin hospitalier <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Infirmier(e) <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme
Nom / Prénom :
N° RPPS (médecins / sages-femmes) :
N° ADELI (infirmiers / kinésithérapeutes) :
Mail :
Téléphone mobile :

La Fondation Santé Service s'engage à assurer la protection de vos données personnelles et le respect de vos droits en conformité avec le Règlement général Européen sur la Protection des Données.

Ce coupon réponse est à retourner au choix :

- **Par courrier** : Fondation Santé Service / Service prestations / 7 rue du Commandant d'Estienne d'Orves – 92390 VILLENEUVE LA GARENNE
- **Par mail** : prestations@fondation-santeservice.fr

Puteaux, le 2 mars 2020

Madame, Monsieur,

L'HAD SANTE SERVICE vous propose, dans le cadre du Développement Professionnel Continu, une formation entièrement dédiée à notre partenariat.

Elle se déroule en 4 modules avec pour objectifs :

- De connaître l'HAD, son organisation des soins et son articulation avec les professionnels de santé libéraux
- De réactualiser les connaissances et les pratiques fréquemment déléguées aux IDEL dans le cadre de l'HAD

.....
Les principales thématiques abordées sont :

- Connaissance du cadre et des moyens règlementaires, institutionnels et organisationnels de l'HAD pour mieux appréhender la place de l'infirmier libéral dans la prise en charge
- Prise en charge des stomies
- Gestion des Dispositifs Intraveineux de Longue Durée
- Prise en charge de la compression veineuse et plaies chroniques en HAD

.....
Les ateliers seront animés par :

- La Direction des Soins et de la Qualité à Santé Service
- Une équipe référente en hygiène hospitalière
- Une équipe référente du groupe plaies
- Une équipe référente en stomathérapie

.....
Ces sessions, organisées par Santé Service Formation, se déroulent sur **2 Journées continues.**

Les dates et lieux de formation proposés sont :

- 14 et 15 mai 2020 à CHEVILLY LARUE (94550)
- 25 et 26 juin 2020 à VILLENEUVE LA GARENNE (92390)
- 21 et 22 octobre 2020 à MEAUX (77100)
- 26 et 27 novembre 2020 à FONTAINEBLEAU (77920)

Vous êtes intéressé(e) ? Contactez Maud VILMINOT au 01 56 70 24 52

Convention de partenariat IDEL-HAD (Individuelle)

Entre d'une part,

La Fondation SANTE SERVICE - HAD
Fondation reconnue d'utilité publique
15 quai de Dion Bouton – 92816 PUTEAUX CEDEX

Représentée par délégation du Directeur Général,

Par Madame Martine FRANZIN GARREC, Directeur des Soins et de la Qualité,.....

Ci-après « Santé Service »

Et d'autre part,

M. / Mme.....

Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat Libéral(e)

Adresse

Ci-après « IDEL »

Faisant suite au Projet régional de santé (2011-2016) et à son volet « Hospitalisation à Domicile » (« HAD »), cette convention de partenariat s'inscrit dans un contexte de renforcement des liens entre la ville et l'hôpital et résulte d'une volonté de promouvoir une meilleure collaboration entre les professionnels infirmiers libéraux et l'HAD de la Fondation Santé Service.

VISAS

Vu le Code de la Santé Publique, et notamment,

- Les articles L. 6121- 2 et R 6121-4 concernant l'hospitalisation à domicile ;
- Les articles R. 4311-1 et suivants relatifs aux conditions d'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie et ses annexes, notamment son article 3.2 ;

Vu la nomenclature générale des actes professionnels en vigueur et la grille tarifaire actualisée ;

Vu les circulaires des 30 mai 2000, 4 février 2004, 1^{er} décembre 2006 et 4 décembre 2013, relatives à l'hospitalisation à domicile, lesquelles prévoient :

- *Que les patients pris en charge dans les structures d'HAD sont des patients qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement,*
- *Que les structures d'HAD ont le statut d'établissements de santé et sont de ce fait soumis aux obligations inhérentes à ce statut : démarche qualité et certification, évaluation des pratiques professionnelles, continuité et permanence des soins, lutte contre les infections nosocomiales, etc.,*
- *Que les établissements d'HAD ont un caractère généraliste et polyvalent,*
- *Que l'HAD a une spécificité organisationnelle axée sur la coordination pluridisciplinaire.*

Uu le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers.

PREAMBULE

La Fondation Santé Service a pour activité principale l'hospitalisation à domicile.
L'hospitalisation à domicile (HAD) est une offre de soins en pleine croissance, encouragée par les tutelles. Son essor est essentiel pour que le système de soins réponde aux exigences médicales des malades souffrant de pathologies lourdes et complexes tout en respectant leur souhait de continuer à vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Elle a pour unique objectif d'éviter ou d'écourter une hospitalisation classique à temps complet.

Les parties signataires entendent que se développe entre l'HAD de la Fondation Santé Service et

M. /Mme

Adresse professionnelle :

Numéro ADELI :

Installé(e) en cabinet infirmier(ère) libéral(e), un partenariat constructif et respectueux de leurs obligations respectives.

La présente convention formalise les termes de cette coopération, portant sur les engagements de l'HAD Santé Service vis-à-vis des IDEL ainsi que sur les pratiques professionnelles développées par les IDEL au sein de l'HAD Santé Service.

Ce partenariat doit s'opérer dans le strict respect des obligations juridiques et déontologiques, propres à chacune des parties et en dehors de toute notion de prestation de service.

1. OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES GENERALES

Le patient pris en charge en HAD présente par définition des pathologies qui Justifient l'intervention coordonnée de professionnels de disciplines différentes et nécessitent des soins complexes et/ou d'une technicité spécifique.

Les soins et l'activité des divers intervenants sont obligatoirement formalisés dans un protocole de soins, lui-même subordonné à une prescription médicale.

Santé Service est maître d'œuvre et responsable de la coordination de la prise en charge HAD et peut, dans ce cadre, confier des soins aux IDEL.

Santé Service peut également associer l'IDEL à la coordination de la prise en charge du patient en le faisant participer à des visites de coordination à domicile et à des réunions pluri professionnelles moyennant le versement d'un honoraire complémentaire négocié avec le cadre de santé et validé par la direction du pôle.

Santé Service est tenue d'assurer la permanence et la continuité des soins et fonctionne 24h/24 et 7 jours/7 pour répondre à l'ensemble des besoins en soins des personnes prises en charge. La régulation des appels des patients est assurée 24h/24 et 7 jours/7 par Santé Service.

En tant qu'établissement de santé, Santé Service HAD est soumise aux règles de certification définies par la Haute Autorité de Santé. Ces règles s'imposent à l'ensemble des partenaires associés, directement ou indirectement, à son activité.

Santé Service est tenue au respect du secret médical et professionnel notamment dans la consultation des dossiers mais également dans les échanges avec le patient et/ou son entourage.

2. ENGAGEMENTS de SANTE SERVICE HAD

Santé Service s'engage à :

- Demander au patient (ou à son représentant légal) le nom de son cabinet IDEL ou de son IDEL et s'il souhaite que ce dernier/cette dernière collabore avec l'équipe soignante du service d'HAD dans le cadre de son hospitalisation à domicile. Le nom du cabinet ou de l'IDEL désigné(e) est alors noté dans le dossier du patient.
- Recourir, en cas de refus de collaboration exprimé par le cabinet ou l'IDEL désigné(e) par le patient, à un(e) IDE salarié(e) de l'établissement ou à un autre cabinet IDEL ou un(e) autre IDEL, exerçant au plus proche du domicile du patient et signataire de la convention de partenariat.
- Organiser une complémentarité de prise en charge entre un(e) (ou des) IDEL et un(e) (ou des) IDE salarié(e)s, lorsque les exigences réglementaires rendent l'organisation de la prise en charge du patient très complexe, et après s'être assuré de l'avis du cabinet IDEL ou de l'IDEL.
- Faire parvenir par courrier une lettre de mission nominativement à l'IDEL contacté(e) par téléphone dès le début de son intervention.
 - Cette lettre de mission mentionne les coordonnées du patient, l'objet du contrat, le protocole de soins avec le détail des soins et leurs codifications définies au préalable entre le cadre de santé et l'IDEL, la rythmicité des passages, les majorations et la date de prise d'effet du partenariat.
 - Cette lettre de mission est rédigée par le cadre de santé, signée par le directeur du pôle et envoyée à l'IDEL qui doit la renvoyer signée sur le pôle.
 - La lettre de mission ne peut être modifiée unilatéralement. Elle est valable pour l'ensemble des intervenants IDEL au domicile du patient, à charge pour le professionnel signataire de la lettre de mission d'informer et de transmettre à ses collaborateurs tous les éléments utiles à la poursuite de la prise en charge.
- Communiquer à l'IDEL les évolutions du protocole de soins à travers la formalisation conjointe d'un avenant ou d'une nouvelle lettre de mission.
- Fournir par l'intermédiaire d'un dossier de soins au domicile du patient les ordonnances de prescriptions médicamenteuses et de soins ainsi que les informations utiles et nécessaires pour l'accomplissement des soins dont les IDEL assurent l'exécution.
- Adresser par courriel les procédures et fiches techniques soutenant la réalisation de soins spécifiques
- Mettre à disposition, dans le cadre de sa démarche qualité, sur son site internet destiné aux professionnels :
 - Les différentes chartes de fonctionnement (la charte confidentialité dignité, la charte de la personne hospitalisée, la charte sur la promotion de la bientraitance, la charte d'incitation à la déclaration, la charte des valeurs),
 - Les procédures de soins et les fiches techniques,
 - Tous les éléments écrits et les informations nécessaires au partenariat.
- Permettre aux IDEL de participer aux réunions d'équipes pluri professionnelles.

- Prévenir le cabinet IDEL ou l'IDEL en cas de modifications de l'organisation de la prise en charge au domicile.
- Mettre à disposition des IDEL, dès le début de la collaboration, tous les dispositifs (matériels de location, petit matériel, collecteurs de déchets, médicaments...) nécessaires à la réalisation des soins dans le respect de la démarche qualité et prévention des risques.
- Proposer aux IDEL de participer aux ateliers internes de techniques de bonnes pratiques de soins et faciliter leur accès aux formations dispensées via Santé Service Formation (organisme agréé DPC).

3. ENGAGEMENTS DES IDEL

L'intervention du cabinet IDEL ou de l'IDEL est subordonnée à la formalisation, après concertation préalable, d'une lettre de mission datée et signée.

Le cabinet IDEL ou l'IDEL s'engage à :

- Respecter leurs/ses propres obligations professionnelles réglementaires et juridiques.
- Fournir à Santé Service tout document l'attestant :
 - Feuille de soins barrée
 - Attestation d'assurance professionnelle responsabilité civile
 - Attestations de formations spécifiques
 - Attestation d'adhésion à l'ONI
- Informer Santé Service de tout évènement affectant de quelque manière que ce soit, son autorisation d'exercer la profession d'infirmier (ère).
- Respecter le secret professionnel et les règles déontologiques notamment dans la consultation du dossier et dans les échanges avec le patient et/ou son entourage.
- Respecter les prescriptions médicales.
- Prendre contact le plus rapidement possible avec le cadre de santé HAD lorsqu'une prescription médicale ne lui semble plus adaptée à l'évolution de l'état du patient.
- Utiliser uniquement le matériel fourni au domicile par Santé Service.
- Appliquer les procédures, règlements, et modes opératoires de Santé Service dont les contenus sont mis à sa disposition et accessibles sur le site internet Santé Service réservé aux professionnels.
- Respecter les précautions standards et les avancées en matière d'hygiène hospitalière (procédures Santé Service en lien avec les recommandations HAS)
- Assurer la traçabilité de ses actes, de ses passages et de ses transmissions à chaque intervention, dans le dossier de soins du domicile
- Signaler aux cadres de santé de Santé Service toutes difficultés rencontrées dans l'exécution des actes qui lui ont été confiés, tout changement de situation concernant le patient dont il aurait connaissance et toutes les informations utiles à la bonne prise en charge conjointe des patients.
- Déclarer tout évènement indésirable, erreur médicamenteuse et/ou toute situation susceptible d'affecter la sécurité du patient et la qualité de sa prise en charge, auprès du cadre de santé référent.
- Communiquer à Santé Service le nom et les coordonnées de son, ou de ses remplaçant(s) éventuel(s), en cas d'absence. En effet, en accord avec le patient, les professionnels concernés et Santé Service, les soins à un même patient pourront être assurés par d'autres IDEL travaillant en alternance au sein du même cabinet libéral ou au sein d'autres cabinets libéraux, ou par d'autres IDEL remplaçants.

- Prévenir le cadre de santé ou son secrétariat dans un délai minimum de 7 jours d'antériorité en cas d'interruption ou d'arrêt de la prise en charge de leur fait, pour permettre au cadre de santé d'organiser la continuité des soins au chevet du patient.
- Refuser toute rémunération de la part du patient ou de sa famille.
- Ne facturer aucun acte effectué auprès du patient pris en charge en HAD aux caisses d'Assurance Maladie et régimes complémentaires.

4. LES HONORAIRES

Montant et objet des honoraires

- L'IDEL perçoit des honoraires sur la base du service fait, sous réserve :
 - De tracer dans le dossier de soins tous les éléments utiles à la prise en charge, conformément aux exigences réglementaires
 - De la réalisation effective des actes prévus par le protocole de soins validé avec le cadre de santé et conformément à la lettre de mission
- SANTE SERVICE s'engage à verser à l'IDEL :
 - Des honoraires en contrepartie des soins effectués et tracés dans le dossier de soins suivant le protocole de soins et conformément à la lettre de mission établie et signée par les parties. Ces honoraires sont facturables selon la NGAP en vigueur et rémunérés sur cette base sans dégressivité.
 - Des honoraires liés à la participation de l'IDEL aux réunions pluri professionnelles et/ou aux réunions de coordination réalisées au domicile du patient et décidées de façon conjointe entre le cadre de santé et l'IDEL. Cette prestation donne lieu au versement d'une rémunération de 6 AMI pour un temps moyen de 30 mn.
- Lorsque les actes au domicile du patient représentent une charge en soins particulièrement lourde ou sont en relation avec une prise en charge particulièrement complexe, les honoraires des IDEL pourront être négociés avec le cadre de santé et validés par la direction du pôle dans la lettre de mission.
- A ces honoraires s'ajouteront le versement des frais accessoires et des majorations après discussion avec le cadre de santé et validation par la direction du pôle dans la lettre de mission.

Versement des honoraires

Le processus de paiement des honoraires est le suivant :

- Les IDEL transmettent au service facturation, dans un délai maximum de deux mois suivant la réalisation des soins, un relevé d'honoraires récapitulatif des actes effectués auprès de chaque patient, leurs codifications définies avec le cadre de santé, leurs montants ainsi que celui des majorations et de l'IFD (et des IK le cas échéant) correspondant à la lettre de mission.
- La rémunération de tout autre acte effectué au domicile du patient est conditionnée à la validation du cadre de santé, même a posteriori
- Les honoraires correspondant aux actes effectués sont réglés tous les 1ers et 15 du mois qui suivent la réception du relevé adressé par l'IDEL.
- En cas de non-conformité entre le relevé d'honoraires et la lettre de mission, le dossier est renvoyé à l'IDEL pour correction.

5. ADHESION ET RESILIATION

La convention de partenariat est conclue pour une année. Elle est tacitement renouvelable.

Santé Service se réserve néanmoins le droit de suspendre ou d'interrompre, à tout moment et sans préavis, sa collaboration avec l'IDEL en cas de faute grave, et/ou de non exécution des soins prescrits, et/ou de non respect des obligations prévues dans la présente convention (par exemple, mise en danger du patient par absence de respect des procédures d'hygiène) et/ou non respect des obligations relatives à la facturation des honoraires.

La décision de résiliation est prononcée par le Directeur Général de Santé Service ou par délégation, par l'un des Directeurs de Pôle et notifiée par écrit.

Réciproquement, en cas de dysfonctionnement majeur, les IDEL se réservent le droit de suspendre leur collaboration avec l'HAD. Cette décision doit être notifiée par écrit et adressée au directeur de pôle dans un délai suffisant pour permettre d'assurer la continuité de la prise en charge.

6. REGLEMENT DES LITIGES

En cas de litige portant sur l'application de la présente convention, les parties conviennent de se donner tous les moyens à leur disposition pour trouver en priorité une solution amiable et assurer la continuité des soins au chevet des patients.

7. DONNEES PERSONNELLES

Les Parties traiteront toutes les données à caractère personnel reçues de l'autre partie conformément aux lois applicables en matière de protection des données.

Fait à le

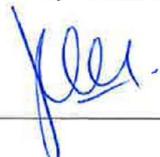
En autant d'exemplaires que de signataires

L'IDEL,
Mme/M.

Par délégation du Directeur Général,
Le Directeur des Soins et de la Qualité,
Mme Martine FRANZIN GARREC

ANNEXE 4 : Lettre de mission

 <p>Fondation Santé Service Accompagne et soigne à domicile</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2019-2020</p>	 <p>UPEC FACULTÉ UNIVERSITÉ PARIS EST CRETEIL DE MÉDECINE VESM Fondation de Recherche en Santé</p>
---	---	---

<p>Désignation du projet :</p> <p>Evolution de notre organisation afin d'assurer avec qualité et sécurité les demandes de prise en charge des prescripteurs</p> <p>Commanditaire : Direction des Soins et de la Qualité</p> <p>Nom du responsable du projet : Gladys Jarru</p> <p>Missions du responsable de projet :</p> <ul style="list-style-type: none">-Faire un état des lieux de l'organisation d'encadrement-Analyser les progrès à réaliser à partir d'une littérature professionnelle adaptée-Faire des propositions pour l'amélioration de l'organisation-Prévoir une période et un site de test <p>Moyens alloués :</p> <p>Temps d'enquête et de rédaction</p> <p>Modalités de reporting</p> <p>Reporting mensuel de l'en cours du travail</p> <p>Durée : 10 mois</p> <p>Documents de référence <i>Projet d'établissement 2016-2020</i></p>	
<p>Date : <i>30 Octobre 2019</i></p>	
<p>Signature du commanditaire</p>  <p>Françoise FRANZINI-CARRÉE Directrice des Soins et de la Qualité Fondation Santé Service 15 Quai de Dion Bouton 928 16 PLATEAUX CEDEX Tél. 01 46 97 01 75 - Fax 01 46 97 00 05</p>	<p>Signature du responsable de projet</p> 

ANNEXE 5 : Fiche Projet

NOM : HAD structure élastique ?

INTITULE du projet managérial : Evolution de notre organisation afin d'assurer avec qualité et sécurité les demandes de prise en charge des prescripteurs

CONTEXTE D'EMERGENCE :

L'État s'est engagé dans la promotion du développement de l'HAD, clairement repositionnée en substitution à l'hospitalisation en établissement conventionnel.

Pour faire face à cet enjeu, l'HAD doit renforcer sa réactivité et optimiser la mobilisation des compétences des différents professionnels pour répondre avec qualité et sécurité aux demandes de prise en charge

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Ma santé 2022

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :

Honorer les demandes des prescripteurs et les attentes des patients pour un retour à domicile tout en garantissant qualité et sécurité des soins

ACTEURS liés PROJET

Pilote du projet => étudiante MASTER 2 et CDS Mme JARRU Gladys

Acteurs Impliqués=>DIRECTRICE DES SOINS ET DE LA QUALITE Mme FRANZIN GARREC

CSS Mme CLUZEL

Pôle SUD CDS IDE AS IDEL MED CO : S06 SECTEUR PILOTE

CDS Mme DUFLOT Carole pour son projet mission des IDE référentes

RESPONSABLE IDE L Mme LEPETIT Brigitte

Usagers

Patients experts

Acteurs Concernés => AS IDE IDEL CDS CSS des 2 autres pôles : Mmes MASSOULI et DA SILVA

CALENDRIER PREVISIONNEL:

Echéances

Finaliser le projet managérial pour le mercredi 20 mai

MOYENS :

MODE DE FONCTIONNEMENT

Groupe de travail

RESULTATS ATTENDUS :

A court, moyen et long terme

Nouvelle organisation afin d'optimiser les prises en charge tout en assurant qualité et sécurité des soins Attractivité et fidélisation du personnel par montée en compétences

VALIDATION

Selon l'avancée du projet

CRITERES D'EVALUATION

Indicateurs d'activité IDE/AS

Enquête statistique sur dates de PC proposées /dates PC acceptées par le pôle à 6 mois

Enquête de satisfaction auprès des AS montées en compétences à 6 mois

Enquête de satisfaction auprès des IDE référentes à 6 mois

Enquête de satisfaction des usagers

REFERENCES UNIVERSITAIRES

Concepts clés =>

Organisation - développement des compétences - évaluation des pratiques professionnelles - accompagnement au changement - management

Auteurs de référence =>

FOTIUS Pascal PAGES Sophie *Les pratiques d'apprentissage en situation de travail* 2014
Collection [Apprendre](#) Éditeur [Presses Universitaires de France](#)

LAGADEC Anne Marie *L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences: ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs* [Recherche en soins infirmiers 2009/2 \(N° 97\)](#), pages 4 à 22

BOURGEOIS Etienne *Apprendre au travail* 2012 Paris PUF

DIETRICH Anne GILBERT Pierre PYGEYRE Frédérique *Management des compétences* 2010
Dunod

DEVIN Bernard JOUVENOT Christian *Du management des compétences au management du travail* 2009 éditions ANACT

MINTZBERG *Ce que font vraiment les managers ... et ce qu'ils pourraient mieux faire* Paris
Vuibert

WITORSKI Richard *La professionnalisation* [Savoirs 2008/2 \(n° 17\)](#), pages 9 à 36

ALTER Norbert *Donner et prendre la coopération en entreprise* Edition la découverte paris
livre de poche

AUTISSIER Daniel VANDANGEON Isabelle *Conduite du changement concepts clés* 2014
Dunod

LE BOTERF Guy *Construire les compétences individuelles et collectives* Editions
d'organisation 2013

ANNEXE 6 : Fiche de renseignements pour les IDEL

- NOM : _____ PRENOM : _____
- ADRESSE PROFESSIONNELLE : _____
- TEL. : _____
- **EMAIL (écrire en majuscules)** : _____
- COMMUNES OU SECTEUR D'INTERVENTION : _____
- SOINS EN **HORAIRE DE NUIT** (entre 20h et 8h ou préciser)OUI NON
- **PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES** :
- DISPOSITIFS INTRA VEINEUX DE LONGUE DUREE OUI NON
 - MANIPULATION DE POMPES OUI NON
 - PLAIES COMPLEXES OUI NON
 - STOMIES OUI NON
 - REDONS OUI NON
 - PEDIATRIE OUI NON
 - NEONAT OUI NON
 - PARTENARIAT RESEAU RIFHOP OUI NON
 - AIDE A LA TOILETTE OUI NON
 - NURSING LOURD OUI NON
 - SOINS PALLIATIFS OUI NON
- **DIPLOMES UNIVERSITAIRES (D.U.)** :
- D.U. PLAIES, BRULURES ET CICATRISATIONS.....OUI **ANNEE**..... NON
 - D.U. DOULEURS OUI NON
 - D.U. SOINS PALLIATIFS OUI NON
 - D.U. DIABETE OUI NON
 - D.U. HYGIENE OUI NON
 - D.U. EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT..... OUI NON
 - **CERTIFICAT DE STOMATHERAPIE** OUI NON
 - AUTRES : _____
- **N° ADELI** (ou tampon) : _____ **DATE ET SIGNATURE** : _____

ANNEXE 7 : Questionnaire à l'attention des cadres de santé de la Fondation



Questionnaire à destination des cadres de santé dans le cadre d'un projet managérial commandé par l'UPEC et validé par la direction de la Fondation Santé Service

L'EVALUATION DES COMPETENCES IDE

POURQUOI EVALUER LES COMPETENCES DES IDE ? Dans l'ordre d'importance selon vous

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

QUELLES SONT VOS MODALITES D'EVALUATION ?

-
-

A QUEL RYTHME EFFECTUEZ-VOUS VOS EVALUATIONS ? trimestre semestre annuel si autres précisez :

AVEZ-VOUS RECOURS AUX IDE LIBERALES ? oui non

SI OUI A QUEL POURCENTAGE ESTIMEZ VOUS LES SOINS PRODIGUES PAR IDE SALARIES/IDE LIBERALES ?

COLLABOREZ-VOUS POUR TOUS TYPES DE PRISES EN CHARGE ? oui non

SI NON QUELS SOINS NE CONFIEZ VOUS PAS ? ET POURQUOI

-
-

EVALUEZ VOUS LES COMPETENCES DES IDEL A QUI VOUS CONFIEZ LES PRISES EN CHARGE ? oui non

SI VOUS EVALUEZ LES IDE L :

LES OBJECTIFS SONT ILS LES MEMES QUE POUR LES EVALUATIONS DES COMPETENCES DES SALARIES ?

oui non si non précisez :

QUELLES SONT VOS MODALITES D'EVALUATION ?

-
-

A QUEL RYHTME ? trimestre semestre annuel si autres précisez :

LES VAD FONT ELLES PARTIES DE VOS MODALITES POUR LES IDEL ? oui non si non pourquoi ?

RENCONTREZ-VOUS DES FREINS POUR VOS EVALUATIONS ?

SI VOUS N'EVALUEZ PAS LES IDEL POURQUOI ?

ANNEXE 8 : Mail à l'attention des IDEL

Bonjour

Je suis actuellement une formation. Dans ce contexte, je dois élaborer un projet managérial.

Dans la dynamique actuelle de décroisement, de coopération, il m'a semblé pertinent de travailler sur la collaboration entre le cadre de santé et vous IDE libérale.

Un lien professionnel s'est d'ores et déjà tissé lors des appels téléphoniques pour conventionner sur les prises en charge.

Nous avons également mis en place l'appel des IDE salariés une fois par semaine afin d'avoir vos retours sur la prise en charge mais également vos besoins en dispositifs médicaux.

Je souhaite aller plus loin et j'ai proposé à ma direction de travailler sur l'harmonisation des pratiques.

C'est pourquoi, je vous sollicite afin d'avoir votre retour sur les propositions de mon projet :

- Une visite de coordination cadre de santé/ IDE libérale en activité ce qui optimiserait la confiance du patient
- Des fiches d'auto-évaluation des compétences afin de mettre en commun nos pratiques

Qu'en pensez-vous ?

Avez-vous d'autres propositions ?

Je vous remercie de vos retours et votre collaboration dans ce projet qui me tient à cœur

Bien à vous



COMPTE RENDU 1 ERE REUNION PROJET MANAGERIAL EVALUATION DES COMPETENCES IDEL

03/12/2019

PRESENTS : Veronique Lamour : CDS HH

Brigitte Lepetit : Responsable IDEL

REDACTEUR : Gladys Jarru : chef de projet

1. Présentation du projet

Projet validé par la direction de la Fondation lettre de mission et fiche projet signées

Projet sera accompagné par Mme Franzin Garrec

Les propositions seront validées par Mme Franzin Garrec

Brigitte et Veronique incluses en qualité d'experts dans leur domaine

2. Notion URPS charte de coopération signée avec FNEHAD, la Fondation avec signature de Mr Calmon → légitimité du projet

3. Notion STARAQS → légitimité du projet au niveau territoire

Réunion avec présence de Brigitte le 17/12

4. Brigitte transmet lettre de mission et convention vierge

5. Espace partenaire évoqué → A REVOIR avec Brigitte

6. 3 ateliers pour IDEL DIVLD STOMATHERAPIE COMPRESSION VEINEUSE → format non satisfaisant

7. Proposition d'une VAD CDS /IDEL et de support d'auto-évaluation suite benchmark autres HAD → support seront transmis à Veronique dans un second temps

8. Répertoire Brigitte à mettre en lien avec répertoire CDS test

9. Réflexion sur IDE REFERENTE approuvé par la direction mais non mis en place faute de recrutement / IDE rattaché à chaque secteur pour gérer IDEL

COMPTE RENDU 2eme REUNION PROJET MANAGERIAL EVALUATION DES COMPETENCES IDEL

14/01/2020

PRESENTS : Veronique Lamour : CDS HH

Brigitte Lepetit : Responsable IDEL

REDACTEUR : Gladys Jarru : chef de projet

10. URPS → Suite premiers entretiens téléphoniques avec IDEL du répertoire CDS
TEST non connaissance de URPS par IDEL
Brigitte confirme leur obligation d'adhésion
11. STARAQS → Pas d'inclusion dans cette instance du chef de projet au regard de ses missions actuelles
12. Espace partenaire →
2 accès à distinguer :
 - Le E-partage qui permet l'accès au dossier patient en qualité de lecteur
 - Site de la Fondation en accès libre avec espace partenaires IDEL qui leur permet entre autres accès au guide de partenariat et procédures en lignes
En fonction des thèmes des fiches d'auto-évaluation décidées dans un premier temps Brigitte peut incrémenter le site
De plus pour une visibilité optimale nous pensons changer les titres des procédures nommées « utilisation de ...)
13. Ateliers pour IDEL DIVLD STOMATHERAPIE COMPRESSION VEINEUSE →
La lettre de mission actuelle ne relate qu'un seul atelier → en cours d'être revu
Il y a également l'intervention de Mme Franzin Garrec qui présente l'Organisation HAD et celle de Brigitte
4/an
14. Support VAD CDS /IDEL et support d'autoévaluation → vu ce jour ensemble, réajusté ainsi que la fiche d'auto-évaluation réfection pansement
Chef de projet envoie pour les réfléchir et statuer lors de la prochaine réunion

15. THEMES fiches d'auto-évaluation retenus → réflexion à poursuivre

- Pansements réflexion sur regroupement tous pansements ou différencier
- Traitements IV
- Pose AH
- NEAD
- Gestion des médicaments
- Glycémies
- Surveillance

16. Lien avec portfolio nouvel arrivant IDE salariés → à voir

17. Répertoire CDS test en cours d'élaboration → objectif recueillir toutes les adresses mail des partenaires IDEL – vérifier les conventions

Dans un second temps, Brigitte transmettra à tout ce répertoire un mail plus individualisé afin de leur transmettre son rôle, lien avec CDS

18. Objectif arrêt des tableaux fantômes et inclure dans anthadine toutes les infos IDEL → proposition de permettre un choix par ville et non par nom uniquement pour potentialiser les recherches surtout lors des remplacements entre CDS

Incrémenter la fiche annuelle

PROCHAINE REUNION 28/01 10H



COMPTE RENDU 3eme REUNION PROJET MANAGERIAL EVALUATION DES COMPETENCES IDEL

28/01/2020

PRESENTS : Veronique Lamour : CDS HH

Brigitte Lepetit : Responsable IDEL

REDACTEUR : Gladys Jarru : chef de projet

19. STARAQS → réunions non débutées à ce jour report de date

20. Fiches d'auto-évaluation complétées

- Pansements
- Traitements IV
- Pose AH
- NEAD
- Gestion des médicaments
- Glycémies
- Surveillance

21. Répertoire CDS test → toujours en cours à ce jour

PROCHAINS ECHANGES PAR MAIL :

TRAVAUX POUR Veronique : recherches sur les procédures en lien avec les fiches

Peaufiner fiche NEAD

Brigitte : mise en page

Transmission de la fiche NEAD à Mme Mathieu pour validation des diet

Relecture par le groupe projet puis envoi à Mme Franzin garrec pour validation avant envoi aux IDEL test

Prochaine réunion sera programmée après VAD CDS /IDEL



CHARTRE DE COOPERATION ENTRE LES INFIRMIERS ET LES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION A DOMICILE EN ILE-DE-FRANCE

PREAMBULE

Cette charte correspond à une réflexion commune entre l'Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS) infirmiers et les structures d'Hospitalisation A Domicile (HAD) d'Ile-de-France pour améliorer leur coopération dans le cadre d'une prise en charge en HAD et favoriser les relais dans le cadre de la prise en charge à domicile ; elle s'inscrit dans le cadre des orientations du Schéma Régional de Santé.

CONTEXTE ET OBJECTIF

Dans le cadre de leurs obligations réglementaires respectives, établissements d'HAD d'une part, infirmiers libéraux (*désignés dans le document sous le terme générique de professionnels libéraux*) d'autre part, soulignent à travers cette charte de coopération leur volonté commune de promouvoir un meilleur partenariat entre eux.

La charte doit permettre de faciliter et d'harmoniser les relations entre professionnels libéraux et établissements d'hospitalisation à domicile dans le cadre d'une prise en charge en HAD ; cette charte s'inscrit dans le principe du respect du libre choix du patient et du périmètre d'intervention de l'HAD.

Cette charte, validée par les structures d'HAD et l'URPS infirmiers d'Ile-de-France, constitue le socle des futures conventions régissant les liens individuels entre chaque structure d'HAD et les professionnels libéraux participant à ces prises en charge. Elle n'aborde pas le sujet des rémunérations afférentes à la participation des professionnels libéraux aux prises en charge d'hospitalisation à domicile, la base minimale restant la tarification de la nomenclature générale des actes professionnels.

VISAS

Vu le code de la santé publique et notamment les articles :

- L.6121-2 et R 6121-4 concernant l'hospitalisation à domicile ;
- R.4311-1 et suivants relatifs aux conditions d'exercice de la profession d'infirmier.

Vu la nomenclature générale des actes des professionnels (NGAP) et les tarifs conventionnels en vigueur ;

Vu les circulaires des 30 mai 2000 (dans laquelle figure la définition de l'HAD et son champ d'intervention), 4 février 2004, 1^{er} décembre 2006 et 4 décembre 2013 relatives à l'hospitalisation à domicile ;

Vu les décrets de 2007, 2012 et 2013 prévoyant les interventions d'hospitalisation à domicile en établissements sociaux et médico-sociaux ;

Vu la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

dem sc

CHARTRE

EN AMONT DE TOUTE PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION A DOMICILE

La structure d'hospitalisation à domicile (HAD) ayant été saisie et ayant validé une prise en charge en hospitalisation à domicile dans les conditions réglementaires doit :

- S'enquérir auprès du patient, sa famille ou son représentant légal :
 - o de la préexistence de soins à domicile réalisés par des infirmiers ou autres professionnels libéraux ;
 - o de leur volonté que ces professionnels soient associés à la prise en charge en hospitalisation à domicile.
- Solliciter les noms et coordonnées de ces professionnels ;
- Informer les professionnels libéraux ainsi identifiés de la prise en charge en HAD ;
- Solliciter l'accord des professionnels concernés et ainsi désignés pour collaborer à la prise en charge en hospitalisation à domicile.

Doivent être définis dans le cadre d'un échange entre professionnels de l'HAD et professionnels libéraux :

- le projet / programme / plan de soins ;
- le calendrier des visites ;
- le partage des soins et des activités liées aux soins (traçabilité, stocks, commandes ...) entre salariés et libéraux ;
- la participation à la continuité des soins.

La structure d'HAD doit faire parvenir aux professionnels libéraux une lettre de mission précisant l'identité du patient, la date de prise d'effet de leur partenariat, le programme de soins, le protocole et les actes de soins impliqués ainsi que leurs cotations telles que prédéfinies en concertation entre la structure d'HAD et le professionnel libéral.

Cette lettre de mission est signée par le professionnel de santé libéral et le représentant légal de l'établissement d'hospitalisation à domicile. Si chaque professionnel libéral engagé dans la prise en charge doit signer une convention annuelle reconduite tacitement avec la structure d'HAD, la lettre de mission est spécifique pour un patient donné et commune à l'équipe de professionnels libéraux associés.

Les structures d'HAD s'engagent à mettre à disposition des professionnels libéraux :

- les différentes chartes de fonctionnement ;
- les protocoles de soins ;
- tout autre élément jugé utile au bon déroulement du partenariat.

Les professionnels de santé libéraux s'engagent à :

- respecter les protocoles de soins de la structure d'HAD ;
- prendre connaissance des règles de fonctionnement applicables à l'établissement d'HAD ;
- fournir à la structure d'hospitalisation à domicile : une feuille de soins barrée, leur attestation d'assurance professionnelle responsabilité civile et les attestation(s) de formation(s) spécifique(s) le cas échéant.

PENDANT ET TOUT AU LONG DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD

UNE SEULE ET MEME EQUIPE AUTOUR DU PATIENT

Professionnels salariés de l'HAD et professionnels de santé libéraux doivent se présenter au patient et à sa famille comme appartenant à une seule et même équipe de soins à domicile dans le cadre d'une prise en charge unique et coordonnée.

La structure d'HAD s'engage à associer les professionnels de santé libéraux à l'évolution du projet de soins.

Toute évolution impactant la tarification des actes du professionnel de santé libéral doit faire l'objet d'une traçabilité.

La structure d'HAD doit inviter les professionnels de santé libéraux à participer aux réunions d'équipes pluridisciplinaires et leur transmettre systématiquement l'ensemble des comptes rendus de ces réunions.

Dans la limite de leurs possibilités et de leurs obligations et contraintes respectives :

- les professionnels libéraux doivent participer à ces réunions ;
- les structures d'HAD doivent faciliter leur participation.

QUALITE ET SECURITE DES SOINS

La structure d'HAD s'engage à :

- transmettre aux professionnels libéraux impliqués le projet thérapeutique et ses évolutions, ainsi que les prescriptions médicales à mettre en œuvre ;
- communiquer et associer les professionnels libéraux à toute évolution envisagée des protocoles de soins ;
- se concerter avec les professionnels de santé libéraux en cas de modification essentielle de l'organisation de la prise en charge ;
- organiser des formations ou des ateliers communs avec les professionnels salariés.

Les professionnels de santé libéraux s'engagent à :

- respecter les prescriptions médicales et les protocoles de l'HAD tout au long de la prise en charge ;
- garantir la traçabilité de leurs actes et passages systématiquement ;
- noter les transmissions requises dans le dossier patient ;
- signaler à l'établissement d'HAD toute difficulté rencontrée dans l'exécution des actes qui leur ont été confiés, tout changement de situation du patient dont ils auraient eu connaissance et toute autre information utile à la bonne prise en charge du patient, ainsi que l'ensemble des bilans réalisés ;
- respecter les précautions standards et avancées en matière d'hygiène au regard des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- déclarer auprès de l'établissement d'HAD tout événement indésirable, erreur médicamenteuse et/ou situation susceptible d'affecter la sécurité du patient ou la qualité de sa prise en charge ;
- participer autant que possible aux formations ou ateliers proposés ou reconnus par la structure d'HAD.

COORDINATION / COOPERATION

Dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, la coordination des prises en charge relève de l'établissement d'hospitalisation à domicile, avec le concours des infirmiers libéraux.

L'approvisionnement du matériel et des médicaments est assuré par l'HAD, qui centralise les prescriptions.

L'ensemble des frais de santé tarifés à l'assurance maladie pendant une HAD sont imputables à l'établissement d'hospitalisation à domicile.

Les professionnels libéraux s'engagent à :

- utiliser le matériel fourni par la structure d'HAD ;
- ne pas engager pour le compte de l'HAD une charge locative ou d'acquisition de matériel et/ou de soins non convenue ;
- refuser toute rémunération de la part du patient ou de sa famille ;
- ne facturer à l'assurance maladie aucun acte réalisé auprès du patient pendant la prise en charge en HAD.

Si au cours de la prise en charge en HAD, un matériel non convenu préalablement s'avère utile, le professionnel libéral doit en faire la demande à l'établissement d'HAD qui prend alors les dispositions nécessaires.

De même, il revient à la structure d'HAD de réguler la réalisation des examens complémentaires, le recours aux services d'urgences et les transferts.

CONTINUITÉ DES SOINS

La continuité des soins est assurée par les structures d'hospitalisation à domicile qui organisent la réponse aux besoins de soins des patients 24h/24 et 7j/7. De même, la régulation des appels est assurée 24h/24 et 7j/7.

Exercice en cabinet libéral : en accord avec le patient, les professionnels concernés et l'HAD, les soins à un même patient peuvent être assurés par plusieurs professionnels libéraux travaillant en alternance au sein du même cabinet ou fonctionnant en association structurée avec un autre cabinet ou professionnel libéral.

- Dans ce cas, la continuité des soins, la coordination et les transmissions entre professionnels libéraux du cabinet sont organisées opérationnellement par le cabinet libéral ayant signé la lettre de mission.
- La structure d'HAD est informée de l'organisation retenue par le cabinet libéral pour assurer la continuité des soins.
- L'organisation retenue entre les professionnels libéraux et l'établissement d'HAD est formalisée dans la lettre de mission.
- En cas de non-respect de cette organisation, les établissements d'HAD et les professionnels de santé sont en droit de remettre en cause la collaboration avec les professionnels concernés.

dm uc

Absences programmées : Ils informent l'établissement d'HAD de leurs absences et communiquent les coordonnées de leurs remplaçants.

Fiche de liaison : en accord avec le patient et dans le respect du secret médical, une synthèse des éléments essentiels à la continuité des soins est mise à disposition au domicile par l'HAD.

FIN DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

La structure d'hospitalisation à domicile doit impliquer les professionnels de santé libéraux à l'ensemble des démarches de réévaluation du patient, aux réflexions sur la pertinence du maintien en hospitalisation à domicile et/ou aux décisions de transfert en établissement avec hébergement.

En cas de transfert en service d'hospitalisation conventionnelle réalisé en urgence, la structure d'HAD doit assurer le relais de l'information auprès des professionnels libéraux.

Le relais des soins de ville lors de la fin de l'HAD est prioritairement proposé aux professionnels de santé libéraux en charge du patient avant son hospitalisation, dans le respect du libre choix du patient. Il est souhaitable que les professionnels de santé libéraux sollicités dans la prise en charge poursuivent celle-ci lors de la fin de l'HAD.

EN CAS DE LITIGE

En cas de litige portant sur l'application de la présente charte, les parties conviennent de se donner tous les moyens à leur disposition pour trouver en priorité une solution amiable et assurer la continuité des soins au chevet des patients.

SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE

URPS infirmiers Ile-de-France et Fédération Nationale des Etablissements d'HAD (FNEHAD) d'Ile-de-France se réuniront deux fois par an pour suivre et évaluer la mise en œuvre de cette charte.

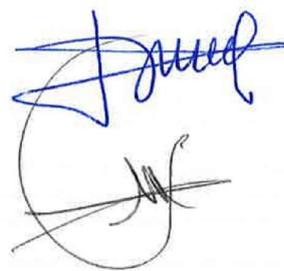
Un retour d'expérience sera organisé une fois par an en présence de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.

SIGNATURE

Fait à Paris, le 3 juillet 2017 en autant d'exemplaires que de signataires.

URPS Infirmiers Ile-de-France représentée par son Président, Jean-Jules MORTEO

FNEHAD Ile-de-France représentée par son Délégué régional, Michel CALMON



ANNEXE 12 : Mail à l'attention des infirmiers libéraux

Bonjour,

Je suis actuellement une formation. Dans ce contexte, je dois élaborer un projet managérial.

Dans la dynamique actuelle de décroisement, de coopération, il m'a semblé pertinent de travailler sur la collaboration entre le cadre de santé et vous IDE libérale.

Un lien professionnel s'est d'ores et déjà tissé lors des appels téléphoniques pour conventionner sur les prises en charge.

Nous avons également mis en place l'appel des IDE salariés une fois par semaine afin d'avoir vos retours sur la prise en charge mais également vos besoins en dispositifs médicaux.

Je souhaite aller plus loin et j'ai proposé à ma direction de travailler sur l'harmonisation des pratiques.

C'est pourquoi, je vous sollicite afin d'avoir votre retour sur les propositions de mon projet :

- Une visite de coordination cadre de santé/ IDE libérale en activité ce qui optimiserait la confiance du patient
- Des fiches d'auto-évaluation des compétences afin de mettre en commun nos pratiques

Qu'en pensez-vous ?

Avez-vous d'autres propositions ?

Je vous remercie de vos retours et votre collaboration dans ce projet qui me tient à cœur

Bien à vous

Gladys Jarru

Cadre de santé



ANNEXE 13 : Fiches d'auto-évaluation



FICHE SPECIFIQUE PANSEMENT AUTO EVALUATION IDEL

IPP PATIENT:	
NOM IDEL:	
COMPETENCES REQUISES: Maîtriser la refection d'un pansement	
PROCEDURES: Précautions standard Pose d'une compression veineuse Gestion du tri des déchets à domicile Référentiel de prise en charge des soins de plaie Recommandations pour la refection d'un pansement Guide des vigilances	
Respect des salutations à l'arrivée chez le patient	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lavage des mains avant de mettre la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fermeture des robinets avec essuie mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Port de blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pré requis hygiène des mains (ongles - vernis - bijoux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisation SHA adaptée(quantité - étapes - temps)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien plan de travail avant les soins	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Masque	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Retrait pansement avec gants non stériles	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Maîtriser les dispositifs médicaux et les techniques d'utilisation des pansements	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Evaluer régulièrement la taille de la plaie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nettoyer la plaie (avec eau savon) avec une nouvelle paire de gants	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Maîtriser les techniques d'asepsie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Maîtriser les techniques de déterersion	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Reconnaître les critères d'aggravation d'une plaie: rougeur, douleur, chaleur, écoulement purulent, odeurs et les signes d'alertes généraux (pouls, tension, température)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller la peau péri-lésionnelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Reconnaître un greffon	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller les points d'appuis et l'état nutritionnel du patient (escarres)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respecter le protocole du pansement selon prescription médicale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Maîtriser les dispositifs et les techniques de compression veineuse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien environnement après le soin	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Connaître et respecter le circuit d'élimination des déchets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ranger le matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer la traçabilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si évènement important	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si besoins en matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

FICHE SPECIFIQUE POSE AIGUILLE DE HUBER AUTO EVALUATION IDEL

IPP PATIENT:	
NOM IDEL:	
COMPETENCES REQUISES: Maîtriser la Pose de l'AH	
PROCEDURES:	
Précautions standard Utilisation et entretien d'une chambre à cathéter implantable Le bon usage des antiseptiques Gestion des dispositifs veineux pour perfusions et injections Gestion du tri des déchets à domicile Guide des vigilances	
Respect des salutations à l'arrivée chez le patient	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lavage des mains avant de mettre la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fermeture des robinets avec essuie mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Port de blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pré requis hygiène des mains (ongles - vernis - bijoux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisation SHA adaptée (quantité- étapes - temps)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien plan de travail avant les soins	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Masque patient ET idel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respecter les règles d'asepsie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Antiseptie en 4 temps (détersion- rinçage-séchage-antiseptie) X2 la 1 ere non sterile main nue et la 2 eme en sterile	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respect du temps de contact de 30 secondes pour la bétadine alcoolique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Aiguille de huber fixée avec des bandelettes stériles	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Effectuer le reflux après la pose	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Appliquer un pansement transparent occlusif	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien environnement après le soin	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Connaître et respecter le circuit d'élimination des déchets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ranger le matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer la traçabilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si évènement important	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si besoins en matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

FICHE SPECIFIQUE SURVEILLANCE AUTO EVALUATION IDEL

IPP PATIENT:	
NOM IDEL:	
COMPETENCES REQUISES: Maitriser la surveillance du patient	
PROCEDURES:	
Précautions standard	
Conduite à tenir pour l'évaluation, le suivi et la traçabilité de la douleur	
Gestion du tri des déchets à domicile	
Guide des vigilances	
Respect des salutations à l'arrivée chez le patient	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lavage des mains avant de mettre la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fermeture des robinets avec essuie mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pré requis hygiène des mains (ongles - vernis - bijoux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisation SHA adaptée (quantité- étapes - temps)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller les paramètres vitaux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller l'état général	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller l'état nutritionnel et le poids	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller la douleur	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller effets secondaires post chimio	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien du tensiomètre entre 2 patients	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer la traçabilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si évènement important	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

FICHE SPECIFIQUE GESTION DES TRAITEMENTS PO AUTO EVALUATION IDEL

IPP PATIENT:	
NOM IDEL:	
COMPETENCES REQUISES : Maîtriser la gestion des traitements PO	
PROCEDURES: Précautions standard Administration des médicaments par le patient ou l'entourage et rôle infirmier Circuit des médicaments Gestion du tri des déchets à domicile Guide des vigilances	
Respect des salutations à l'arrivée chez le patient	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lavage des mains avant de mettre la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fermeture des robinets avec essuie mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pré requis hygiène des mains (ongles - vernis - bijoux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisation SHA adaptée (quantité- étapes - temps)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la prescription médicale : nominative, datée, signée, nom du prescripteur, dénomination et dosage du médicament, posologie, voie d'administration, durée du traitement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la validité de la PM (Prescription Médicale)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la concordance entre prescription et médicaments disponibles au domicile	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier l'intégrité de l'emballage	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier les dates de péremption des médicaments	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la capacité du patient à s'autoadministrer les ttt ou de l'entourage à les lui administrer	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la capacité du patient à s'autoadministrer ses médicaments à partir du pilulier	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Connaissance de l'indication et des effets secondaires du traitement dispensé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la pertinence de la PM (ex TA avant tt HTA, diurétique...)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Adaptation du dosage selon PM	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer l'organisation de la bonne prise médicamenteuse (pilulier, gobelet...)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Tracer la personne qui distribue les médicaments	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Anticiper les réserves médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Contacteur le CDS si défaut de réserve	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Se laver les mains après la manipulation des traitements	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Connaître et respecter le circuit d'élimination des déchets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A chaque passage vérifier la bonne prise médicamenteuse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ranger les traitements médicamenteux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer la traçabilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si évènement important	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

FICHE SPECIFIQUE POSE ou CHANGEMENT SONDE VESICALE AUTO EVALUATION IDEL

IPP PATIENT:	
NOM IDEL:	
COMPETENCES REQUISES : Maîtriser la pose d'une sonde vésicale	
PROCEDURES:	
Précautions standard	
Pose d'une sonde vésicale à demeure et ECBU sur sonde	
Gestion du sondage vésical	
Gestion du tri des déchets à domicile	
Guide des vigilances	
Respect des salutations à l'arrivée chez le patient	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lavage des mains avant de mettre la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fermeture des robinets avec essuie mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Port de la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pré requis hygiène des mains (ongles - vernis - bijoux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisation SHA adaptée (quantité - étapes - temps)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien plan de travail avant les soins	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Toilette urogénitale réalisée avant asepsie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Masque	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respecter stérilité du champ	
Antiseptie au dakin	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Champ stérile fendu utilisé	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Gants stériles utilisés	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Connexion de la sonde au collecteur AVANT LA POSE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respect du système clos : échec de la pose, JE JETTE LA SONDE ET LE COLLECTEUR D'URINE	Si
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respect du système clos : déconnexion accidentelle, JE CHANGE SAD + COLLECTEUR	Si
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Contrôle quotidien de la température	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveillance de la diurèse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveillance de l'hydratation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien environnement après le soin	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respecter le circuit d'élimination des déchets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ranger le matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer la traçabilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si besoins en matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si évènement important	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

FICHE SPECIFIQUE POSE NUTRITION ENTERALE AUTO EVALUATION IDEL

IPP PATIENT:

NOM IDEL:

COMPETENCES REQUISES : Maîtriser la pose NEAD

PROCEDURES:

Précautions standard
Branchement d'une nutrition entérale chez l'adulte ou l'enfant
Prise en charge d'un patient sous nutrition entérale
Gestion du tri des déchets à domicile
Guide des vigilances

Respect des salutations à l'arrivée chez le patient	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lavage des mains avant de mettre la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fermeture des robinets avec essuie mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Port de blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pré requis hygiène des mains (ongles - vernis - bijoux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisation SHA adaptée (quantité- étapes - temps)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien plan de travail avant les soins	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la prescription médicale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si Sonde Naso Gastrique : Vérifier la mise en place(stetho) et la fixation au moins une fois par jour	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si GPE : vérifier l'intégrité du pansement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Purger la tubulure avant la pose de l'alimentation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rincer la sonde avant et après traitement 15 à 20 cc chez l'adulte, 3 à 5 cc chez l'enfant	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si obstruction utiliser eau tiède et en dernier recours coca	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller l'état nutritionnel/ si alimentation PO autorisée	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien environnement après le soin	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respecter le circuit d'élimination des déchets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ranger le matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer la traçabilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si évènement important	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si besoins en matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

FICHE SPECIFIQUE SURVEILLANCE GLYCEMIES AUTO EVALUATION IDEL

IPP PATIENT :	
NOM IDEL :	
COMPETENCES REQUISES : Maîtriser la surveillance glycémique du patient	
PROCEDURES: Précautions standard Gestion surveillance glycémique et technique d'injection d'insuline Gestion du tri des déchets à domicile Guide des vigilances	
Respect des salutations à l'arrivée chez le patient	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lavage des mains avant de mettre la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fermeture des robinets avec essuie mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Port de blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pré requis hygiène des mains (ongles - vernis - bijoux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisation SHA adaptée (quantité- étapes - temps)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien plan de travail avant les soins	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la prescription médicale : Fréquence-Horaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Réévaluer les gestes techniques et les connaissances du patient régulièrement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
La propreté de la cellule de lecture du lecteur est vérifiée régulièrement (nettoyage avec coton tige humide)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la date de péremption des bandelettes (à utiliser dans les 6 mois suivant date d'ouverture)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Port de gant non stérile par l'IDE qui effectue le geste	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avant d'effectuer la glycémie le patient s'est lavé les mains à l'eau et savon doux (pas d'utilisation d'alcool ou antiseptique pour nettoyer le doigt)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Variation des sites de ponction (face externe du doigt / jamais la pulpe/jamais pouce ni index)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
La goutte de sang recouvre l'intégralité de la plage réactive de la bandelette	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Le patient exerce une compression d'une minute avec compresse sèche pour éviter hématome	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller l'état nutritionnel et les habitudes alimentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien environnement après le soin	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respecter le circuit d'élimination des déchets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ranger le matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Controler les stocks et signaler au cadre de santé les besoins de matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer la tracabilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si événement important	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

FICHE SPECIFIQUE INJECTION INSULINE AUTO EVALUATION IDEL
IPP PATIENT :
NOM IDEL :
COMPETENCES REQUISES : Maîtriser l'administration de l'insuline
PROCEDURES :

 Précautions standard
 Gestion surveillance glycémique et technique d'injection d'insuline
 Gestion du tri des déchets à domicile
 Guide des vigilances

Respect des salutations à l'arrivée chez le patient	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lavage des mains avant de mettre la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fermeture des robinets avec essuie mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Port de blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pré requis hygiène des mains (ongles - vernis - bijoux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisation SHA adaptée (quantité- étapes - temps)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien plan de travail avant les soins	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la prescription médicale	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Les stocks d'insuline sont conservés au réfrigérateur	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
En cours d'utilisation, le stylo d'insuline est conservé à température ambiante (1mois maximum après ouverture / penser à noter la date sur le stylo)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la prescription médicale et protocole d'insuline : Fréquence - horaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Adapter la dose en fonction du protocole et du résultat de la glycémie capillaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la propreté du site d'injection (désinfection non nécessaire) - varier les sites en rotation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier les signes de lipohypertrophie (creux - bosses - indurations) - Pas d'injection dans ces zones	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Les insulines troubles (NPH et MIXTES) sont remises en suspension en roulant le flacon dans les paumes des mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
L'aiguille est purgée avec 2 unités d'insuline , en poussant sur le piston, puis la dose adéquate est sélectionnée	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Après injection en sous-cutanée, l'aiguille est maintenue sous la peau, en fin d'injection, 10 secondes	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
L'aiguille est éliminée directement dans le collecteur à objets piquants coupants tranchants.	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Surveiller l'état nutritionnel et les habitudes alimentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien environnement après le soin	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respecter le circuit d'élimination des déchets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ranger le matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Controler les stocks et signaler au cadre de santé les besoins de materiel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer la tracabilité du soin sur la feuille de surv diabète (date / heure / résultat / glycémie / type d'insuline administrée et dose / état général du patient)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Signaler au cadre de santé si évènement important	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

FICHE SPECIFIQUE TRAITEMENT IV AUTOEVALUATION IDEL

IPP PATIENT:	
NOM IDEL:	
COMPETENCES REQUISES: Maitriser la pose des traitements IV	
PROCEDURES: Précautions standard Gestion du tri des déchets à domicile Le bon usage des antiseptiques Gestion des dispositifs veineux pour perfusions et injections Prise en charge d'un patient sous nutrition parentérale à domicile Guide des vigilances	
Respect des salutations à l'arrivée chez le patient	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Lavage des mains avant de mettre la blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fermeture des robinets avec essuie mains	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Port de blouse	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pré requis hygiène des mains (ongles - vernis - bijoux)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisation SHA adaptée (quantité - étapes - temps)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien plan de travail avant les soins	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Masque	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérifier la conformité de la prescription médicale, du produit	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Contrôler la voie d'abord et l'absence de signes cliniques	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respecter la stérilité du champ	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Vérification du reflux avant utilisation du dispositif	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rinçage pulsé de 10cc avant utilisation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Manipulation des connectiques avec compresses antiseptiques	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Respect du temps de contact des antiseptiques	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rinçage de 2/3 cc entre chaque médicament	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Connaissance des interactions médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rinçage pulsé de 10cc en fin d'administration	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Entretien environnement après le soin	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Connaître et respecter le circuit d'élimination des déchets	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Ranger le matériel	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Assurer la traçabilité	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ANNEXE 13 : Fiche de coordination CDS/IDEL en situation de travail

	
Visite de coordination CDS /IDEL en situation de travail	
IPP PATIENT:	
NOM IDEL:	
Depuis quand collaborez-vous avec SANTE SERVICE ?	
Connaissez vous l'Union Régionale des Professionnels de Santé ? (URPS)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous signé la convention de partenariat IDEL / HAD ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous établi le lien avec le portail E- PARTAGE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Consultez-vous le dossier patient sur E-PARTAGE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Consultez-vous les procédures sur le site Internet de la Fondation ? (rubrique partenaires)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Quelles sont vos modalités de mise à jour des pratiques professionnelles ?	
Avez-vous effectué des formations DPC à SANTE SERVICE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous suivi les ateliers DIVLD de Santé Service ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Comment prenez-vous connaissance de l'état de santé du patient ? (patient ? Famille ?Compte Rendus CDS IDE E-Partage ? Autres ?)	
Avez-vous reçu suffisamment d'informations par le CDS lors de la demande de collaboration ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Utilisez vous les Dispositifs Médicaux fournis par l'HAD ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Quels sont vos premiers gestes en cas d'Accident Exposition au Sang ?	
Avez-vous complété la fiche "soins spécifiques" ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Pratiquez-vous le tri des déchets ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Quelles sont vos modalités de transmissions? (dossiers de soins - appel cadre ou IDE, email...)	
Quelle est votre conduite en cas d'évènement important pour le patient ? (appel méd tt méd hospi CDS IDE ...)	
Avez-vous connaissance du "service fait" ? (cf convention de partenariat)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Master Management des Organisations Soignantes M2MOS@19-20

L'hospitalisation à domicile Une organisation efficiente à effectifs constants

JARRU Gladys

MOTS CLÉS : Hospitalisation À Domicile-
Coordination- Harmonisation des pratiques-
Accompagnement

KEY WORDS: Home Care- Coordination-
Harmonization of practices-Personalized
support

RÉSUMÉ

Dès 1945, confrontés à une surpopulation, les hôpitaux doivent innover dans de nouveaux dispositifs et développer des alternatives à l'hospitalisation. L'Hospitalisation À Domicile est alors expérimentée.

Depuis, le secteur sanitaire est sans cesse en mouvement. Les prises en charge évoluent. Pour faire face à cet enjeu, la Fondation Santé Service, acteur majeur de l'Hospitalisation A Domicile en Île de France, où j'exerce en qualité de cadre de santé depuis 6 ans, a fait le choix d'être une organisation apprenante auprès de ses salariés.

Mais les infirmiers salariés ne sont pas les seuls qui gravitent auprès des patients pris en charge. En effet, la Fondation a recours aux infirmiers libéraux. L'objectif premier de cette collaboration est de permettre aux patients de préserver le lien avec leurs infirmiers. Un nouvel objectif est devenu nécessaire : absorber la charge de travail, et permettre au patient le retour à domicile malgré une inadéquation des ressources des infirmiers salariés de la Fondation.

La stratégie institutionnelle de renforcer le partenariat avec les libéraux a mis en évidence une situation problème : Qui évalue les compétences des infirmiers libéraux ? La responsabilité du cadre de santé mais aussi celle de la Fondation est engagée à travers les soins prodigués au patient.

Dans le contexte de ma formation Master II des organisations soignantes, l'institution m'a missionné, en qualité de chef de projet, pour innover une organisation efficiente à effectifs constants.

L'objectif est d'harmoniser les pratiques afin d'assurer qualité et sécurité des soins aux patients, quel que soit l'intervenant.

Il est alors nécessaire d'accompagner les infirmiers libéraux, pour les fédérer au projet, mais également les cadres de santé pour redéfinir les priorités de leurs missions dans ce changement organisationnel.

A terme, ce projet permettra une mise à jour continue de la cartographie des compétences des infirmiers libéraux permettant ainsi des conventions de prises en charge ciblées : Le bon professionnel, au bon endroit.

ABSTRACT

Since 1945, faced with overcrowding, hospitals have had to innovate with new systems and develop alternatives to hospitalization. Home-Care Hospitalization was experimented with.

Since that time, the health sector is constantly on the move. Care is evolving. To meet this challenge, the Santé Service Foundation, a major actor in home-care in the Paris area, where I have been working as a nurse manager for the past 6 years, has chosen to be a learning organization for its employees.

Salaried nurses are not the only ones who gravitate to the patients under their care. Indeed, the Foundation has recourse to liberal nurses. The primary objective of this collaboration is to enable patients to maintain the link with their nurses. A new objective has become necessary: to absorb the workload and allow the patient to return home despite the inadequate resources of the Foundation's salaried nurses.

The institutional strategy of strengthening the partnership with the liberals highlighted a problematic situation: Who assesses the skills of liberal nurses? The responsibility of the nurse manager, but also on the part of the Foundation, is engaged through the care provided to the patient.

In the context of my Master II training in health care organizations, the institution commissioned me, as a project manager, to innovate an efficient organization with a constant workforce.

The objective is to harmonize practices in order to ensure quality and safety of patients care, regardless of the provider. It is then necessary to support liberal nurses, to federate them in the project, but also nurse managers to redefine the priorities of their missions in this organizational change.

In the long term, this project will allow a continuous update of the mapping of the skills of liberal nurses, thus allowing for targeted care agreements: The right professional, at the right place.