

CENTRE HOSPITALIER MONTPERRIN

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

CHAPITRE II – LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUE

Sommaire	68
LE CONTEXTE	70
LES PERSPECTIVES	71
I – L’ACCUEIL	73
I.1 – L’accueil des professionnels	73
I.1.1 – L’intégration des professionnels dans l’Etablissement	73
I.1.2 – La Formation Continue	75
I.1.3 – Le partage des savoirs	77
I.1.4 - La formation en continu	78
I.1.5 - Le rôle de l’encadrement	79
<u>Fiches actions</u>	
A – Elaboration d’un livret	81
B – Intégration des recrutés	82
C – Incorporation des professionnels dans le service	83
I.2 – L’Accueil du Patient	84
I.2.1 – Le contexte	84
I.2.2 – Les mesures	84
I.2.3 – les conditions de séjour	87
I.2.4 – La sécurité	88
<u>Fiches à initialiser</u>	
D – La gestion des chambres d’isolement thérapeutique	89
E – La sécurité des patients et des personnels	90
II – L’ORGANISATION	91
II.1 – L’organisation des soins infirmiers	91
II.1.1 – Le contexte	91
II.1.2 – Les solutions	91
II.1.3 – Les objectifs	93
<u>Fiche à initialiser</u>	
F – L’organisation des soins infirmiers	94
II.2 – Le dossier de soins et la démarche qualité	95
II.2.1 – Aspect réglementaire	95
II.2.2 – Le dossier médical au Centre Hospitalier Montperrin	97
<u>Fiche à initialiser</u>	
G - Participation du service Infirmier à l’élaboration du dossier	101

médical

II.3 – La complémentarité dans le soin et la prise en charge	103
II.3.1 – Les aides soignants	103
II.3.2 – Les éducateurs spécialisés	104
II.3.3 – Les intervenants	104
II.4 – L’hygiène	105
II.4.1 – L’infirmière hygiéniste	105
II.4.2 – Le C.L.I.N.	106
II.4.3 – Le Comité « Montperrin sans tabac »	107
II.4.4 – Le C.L.A.N.	108
II.4.5 – Les actions à entreprendre	108
<i>Fiches à initialiser</i>	
H - Réorganisation de l’équipe opérationnelle d’hygiène	109
I - Elaboration d’un cahier des charges à l’usage des entreprises extérieures	110
II.5 – L’informatisation	111
II.5.1 – Le contexte	111
II.5.2 – Les mesures	111
III - CONCLUSION	112

LE CONTEXTE

Le projet de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique 2006 – 2010 s’inscrit dans le projet d’établissement, au regard des orientations médicales et de son autonomie en référence à la législation.

Déjà, dans le précédent projet, on constatait :

- L’incontestable évolution du profil des patients, tant sur le plan psychopathologique que sur le plan sociologique avec une paupérisation très importante de la population et l’expression d’une symptomatologie complexe où s’entremêlent fréquemment difficultés psychiques, professionnelles, familiales et exclusions sociales.
- L’évolution de l’activité soignante
- La mobilité des équipes soignantes, gage certes de dynamisme, mais qui exige une plus grande capacité d’adaptation de l’Institution.

Durant les années 2000/2004, de nombreux changements ont eu lieu :

- La réduction de la durée légale de travail
 - o Réforme oblige, chaque institution a dû organiser les changements *suivant ses propres aménagements*. Pour les hôpitaux, la mise en place des 35 h - et des 32h30 de nuit - a eu une incidence positive, en faveur des agents, sur le rapport entre vie personnelle et vie professionnelle mais a généré plus de tension sur le terrain en révélant certaines difficultés de fonctionnement. Il eut été nécessaire, dans le sillage des négociations qui ont eu lieu, qu’une réflexion soit menée pour aboutir à une organisation du travail qui prenne en compte la globalité des problèmes.
- La démarche d’accréditation
 - o La participation du service de soins infirmiers a été massive dans les groupes d’auto évaluation, préambule à la venue des experts visiteurs. Plusieurs actions ont été menées à la suite de la procédure d’accréditation dans le domaine de la sécurité sanitaire, de la matériovigilance et sur le dossier du patient.
- La démographie infirmière
 - o L’évolution de la démographie infirmière a un impact direct sur le profil des équipes. Le vieillissement des cohortes infirmières (baby boom au papy boom) provoque des départs de plus en plus nombreux de générations d’anciens formés. Le rajeunissement des équipes, composées de professionnels débutants, issus d’une autre formation plus polyvalente, demande un accompagnement théorique.
 - o La féminisation des équipes infirmières modifie la représentation symbolique du cadre de soin, véritable outil thérapeutique.
 - o La réforme des retraites induit des effets dont l’année 2003, atypique dans tous les domaines, ne nous permet pas encore de mesurer toutes les conséquences.

Les hôpitaux doivent faire face à de nouvelles exigences :

- L'évolution de la législation relative aux droits des malades avec les réponses à y apporter.
- La mobilité des professionnels de santé, avec les questions sur *l'attractivité de la spécialité psychiatrique*, sur l'intégration et l'incorporation de nouveaux professionnels et du sens du travail en psychiatrie.

D'autres problématiques interrogent la pratique infirmière au centre hospitalier Montperrin :

- Les besoins en matière d'hospitalisation, les taux d'occupation qui restent très élevés avec l'activité soignante qui en découle, créent une situation exceptionnelle au regard de l'historique de nos institutions.
- La topologie des lieux de prises en charge entraîne de nombreux déplacements et accentue d'autant la charge de travail soignante.
- L'augmentation exponentielle du nombre des admissions des détenus sous le régime de l'hospitalisation d'office (D398), dont la prise en charge s'opère dans des conditions d'accueil et d'hôtellerie qui interrogent.

LES PERSPECTIVES :

A l'aune de ce qui a déjà été fait, malgré cette période de pénurie et de difficultés qui perdureront encore, le service de soins ne doit pas manquer l'occasion qui lui est offerte, à travers ce nouveau projet, de faire des propositions en matière d'organisation du travail et de réponses à apporter aux besoins des patients, ceci en terme de *nombre de professionnels, de compétences requises*, dans un esprit de *complémentarité des métiers* et dans la reconnaissance de la fonction et du rôle de chacun.

Le professionnel infirmier et para-médical doit être acteur de sa propre évolution et dans la recherche constante de l'amélioration de sa pratique.

C'est donc sous l'angle du professionnel au service des patients et celui de l'amélioration des pratiques professionnelles que le projet du service de soins appuiera son analyse et proposera un plan d'action.

La filière infirmière, dans ses différentes composantes, devra également s'adapter et se positionner au regard des organisations futures inscrites dans le cadre de l'ordonnance « portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé » comme plus simplement « hôpital 2007 » et « nouvelle gouvernance ».

CONCEPTION DU SOIN

La pratique soignante s'appuie sur des valeurs partagées par tous et, si elles ne sont pas quotidiennement explicitées, elles n'en sont pas moins très présentes.

Ces principes, repris dans les textes législatifs récents qui réaffirment les droits fondamentaux de la personne soignée et s'adressent au malade en tant que sujet avant tout, constituent la clef de voûte de toute démarche soignante.

L'action soignante s'inscrit dans des démarches à caractères individuels et collectifs en lien avec l'environnement social et familial du sujet malade. La situation de soin, de la simple rencontre à l'hospitalisation, résulte de la mise en relation des acteurs concernés.

Si le malade est l'acteur déterminant de toute prise en charge, l'entourage est susceptible de fournir un éclairage précieux à une meilleure appréhension de la problématique exposée. Il représente le premier maillon social témoin de l'interaction du sujet avec un système, porteur d'une part de l'histoire.

C'est à partir de son regard clinique, de son savoir-faire et de son engagement et par sa capacité à observer, à réfléchir, à interpréter et à réagir aux situations que l'infirmier élabore sa pratique.

Cette élaboration clinique, pour s'affirmer et s'enrichir, doit aussi être confrontée « au collectif soignant », notion qui peut paraître subjective mais qui, par l'échange des perceptions, des points de vue, de l'analyse de chacun, permet de réguler les pratiques. *Cette notion implique l'acceptation, au préalable, de l'idée que toute action soignante individuelle est nulle et non avenue si elle n'est pas reprise dans ce collectif.*

I – L’ACCUEIL

I.1 – L’accueil des professionnels

I.1.1 – L’intégration des professionnels dans l’Etablissement

Contexte : La Formation initiale

Les nouveaux professionnels ont déjà une vision de la psychiatrie à travers l’enseignement clinique et les stages effectués pendant leur formation initiale, mais ces durées de stage ne leur permettent pas d’appréhender l’ensemble du dispositif psychiatrie et santé mentale.

Le principe de sectorisation qui se décline en différents modes de prise en charge et les orientations médicales dans leur approche globale ou spécifique doivent être repérés le plus tôt possible.

C’est à l’Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) que s’initie le processus de professionnalisation des futurs infirmiers avec **comme fil conducteur l’élaboration du projet professionnel** et c’est dès leur entrée à l’IFSI que doit débiter notre politique d’intégration des futurs professionnels par le développement de liens plus étroits avec les intervenants des IFSI.

Le stage est le moment privilégié de rencontre entre le futur professionnel et la réalité du travail, le contact avec la spécificité et la complexité de la maladie mentale. Il permet la nécessaire confrontation entre ce qui de la théorie et de l’humain développe l’échange, le partage des acquisitions de la pratique soignante. C’est aussi la période de maturation du choix du futur professionnel de son secteur d’activité et pour répondre à ce constat :

Les objectifs suivants ont été fixés :

- Evaluer l’existant dans le domaine des pratiques, des procédures d’accueil des stagiaires
- Renforcer les relations entre les secteurs de soin et les IFSI
- Elaborer un guide de procédure d’accueil
- Réactualiser le recueil intitulé Présentation du Centre Hospitalier Montperrin

Les mesures :

Pour répondre à cette exigence en 2002, un groupe de travail a été mis en place sur le thème « Encadrement des étudiants en soins infirmiers et stagiaires » composé de cadres enseignants des IFSI Aix, Salon, Croix Rouge, de soignants et cadres infirmiers des différents secteurs de soins du Centre Hospitalier Montperrin.

La méthode :

L’ensemble des infirmiers(ères) a été interrogé par un questionnaire sur les différentes étapes :

- De l’accueil des étudiants en soins infirmiers ou stagiaires
- Des stages
- Des modalités d’évaluation et de notation

Un autre questionnaire a été adressé aux étudiants en soins infirmiers, stagiaires des IFSI pour évaluer l’accueil dans les unités, structures de soins. A partir des éléments recueillis après de nombreuses réunions, le groupe de travail a élaboré deux livrets avec la participation active des cadres de santé des unités de soins et les cadres enseignants des IFSI.

Les réponses

- **Le premier livret** : « Trait d'Union », qui est la réactualisation du recueil « Présentation du Centre Hospitalier Montperrin » sera destiné à renforcer les liens entre les secteurs de soins et l'IFSI, à informer les étudiants et stagiaires sur les spécificités des lieux de stage.
- **Le deuxième livret** « Le guide d'accueil de l'étudiant », document unique pour toutes les équipes soignantes a pour but d'améliorer l'accueil des étudiants en soins infirmiers et stagiaires.

Cette politique est complétée par une présentation du Centre Hospitalier Montperrin et de la spécificité de la psychiatrie auprès des étudiants de 2^e et 3^e année des IFSI du département. Ces rencontres effectuées par le cadre de santé coordonnateur du groupe de travail et un ou une infirmière(ère) sont la base de notre politique de recrutement.

Le recrutement

Contexte : Parmi les professionnels qui se présentent, beaucoup font le choix d'exercer en psychiatrie. Lors de l'arrêt du financement des études en 1992 les établissements spécialisés en santé mentale ont craint une chute des recrutements dans cette discipline. Les difficultés actuelles de recrutement de personnel infirmier sont équivalentes dans les services de soins généraux et ne sont pas dues à un désintérêt marqué vis à vis de la psychiatrie.

Par contre les rencontres avec ces professionnels et leurs témoignages montrent à quel point ils se sentent démunis face aux patients atteints de pathologie mentale, « pas assez d'expérience » « pas assez formés »...

Les établissements ont à créer un contexte favorable aux nouveaux diplômés, au développement de leurs compétences, de leur positionnement et de leurs aptitudes relationnelles.

Objectifs

- Favoriser la connaissance du dispositif psychiatrie/santé mentale et de son organisation

Mesures

Pour répondre à l'objectif fixé, plusieurs solutions ont été utilisées, d'abord certaines mises en place par la réglementation :

- L'allocation d'étude prévue par une circulaire de 1992, permet aux établissements de soins de verser une certaine somme contre un engagement de service de l'étudiant allocataire dans notre établissement.
- Une autre disposition de 2001 : le stage professionnel qui offre à l'étudiant en soins infirmiers de parfaire son projet professionnel et de choisir son domaine d'activité, avec une indemnisation supplémentaire de stage et contre l'engagement de l'étudiant à poser sa candidature à un poste d'infirmier(ère).

Et pour compléter ces mesures, d'autres doivent être mise en œuvre comme :

- les journées d'intégration
- l'incorporation du nouveau professionnel

L'intégration

- ***Les journées d'intégration des nouveaux recrutés comprennent :***
- Des jours de visite de l'établissement

- Des interventions sur le statut de fonctionnaire hospitalier et la place de la formation continue dans le projet professionnel. A l'issue des journées, un livret d'accueil sera remis à chaque agent.
- Une journée « relais » dans le secteur d'affectation du nouveau recruté avec des horaires permettant un contact progressif

– L'incorporation du professionnel dans son secteur d'affectation

Le contexte

La pénurie actuelle de recrutement entraîne des effets pervers dès l'accueil des nouveaux professionnels. Ils sont en quelque sorte « sommés » d'être opérationnels de façon rapide, le tutorat est parfois difficile voire même impossible à maintenir dans un contexte où tout devient urgent.

Même si la volonté existe de permettre aux nouveaux professionnels de découvrir leur lieu d'exercice et les prolongements en extra hospitalier, cela reste du domaine de l'initiative personnelle. Soit c'est le nouvel arrivant qui persiste dans cette demande et qui prend les rendez-vous nécessaires, soit il n'y a pas de véritable demande et l'objectif est vite oublié.

Le rôle de l'encadrement est primordial dans la reconnaissance, la mise en œuvre et le suivi de ce travail de repérage. Il s'agit de formaliser ces rencontres, de rendre ce passage obligé lors de l'affectation dans un secteur de soin.

Objectifs :

- Développer une appartenance au service
- Permettre une connaissance du secteur d'affectation et des orientations médicales posées
- Repérer les professionnels exerçant au sein du service

Mesures:

- Création d'un livret d'accueil et d'un organigramme
- Présentation synthétique de chaque structure
- Organisation d'un passage obligé dans chaque structure
- Information sur les différents supports d'information présents dans l'unité et rappel de l'existence du service de documentation

Dès les premières promotions des infirmiers(ères) titulaires du diplôme polyvalent s'est posée la question de l'adaptation à l'exercice en psychiatrie. En évitant les débats stériles sur le savoir ou non-savoir en psychiatrie, la formation continue s'est révélée l'outil indispensable pour organiser la transmission des savoirs et des compétences.

I.1.2 – La formation continue

- La transmission des savoirs

Introduction

La transmission des savoirs reste une problématique ancrée dans la réalité d'aujourd'hui. Passés les réflexes de repli et de regret face à une non reconnaissance sociale du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, passée la critique, parfois non fondée, du manque de formation des nouveaux diplômés, il reste la préoccupation de tous les professionnels d'offrir aux personnes hospitalisées le meilleur des soins.

Mais que signifie « prendre soin de ... ? ». Analyse-t-on vraiment ses pratiques pour les faire évoluer ? Comment développer des aptitudes pertinentes par rapport aux situations de soin car, comme le soulignent Edgar MORIN et Jean PIAGET : « la conjonction d'un besoin et la possibilité de répondre créent un savoir, le savoir étant là représenté comme l'aptitude ou la compétence à trouver la bonne solution plus rapidement »

Le savoir infirmier naît de l'analyse entre l'expérience et les connaissances, d'une perception, d'un ressenti. Ceux-ci doivent être confrontés à des références théoriques et pratiques acquises en formation. Il présuppose également qu'il soit sans cesse questionné par autrui, enrichi et renouvelé par des échanges.

Création des savoirs

Cette construction des savoirs est soumise à plusieurs conditions : l'apprentissage, la présence de personnes référentes qui soutiennent cette nécessité, la mise en place d'outils permettant son élaboration. Le cadre de santé de par ses missions d'accompagnement et de management peut être la personne de référence dans ce domaine.

L'apprentissage

- Rôle de la formation continue

Nous avons abordé la notion de formation et son importance dans l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques, la formation continue proposée dans les établissements alimente sans cesse ces connaissances au gré des évolutions scientifiques, sociologiques, économiques, qui de fait ont des incidences sur nos pratiques.

La formation continue joue un rôle essentiel dans l'accompagnement du projet professionnel des personnels, l'élaboration des projets de service ainsi que dans le développement des axes de politique institutionnelle.

Elle intervient dès l'arrivée des nouveaux recrutés en proposant **des formations de type adaptation à l'emploi**, puis, tout au long du parcours professionnel par l'accès aux formations institutionnelles, promotionnelles et personnelles.

En 2004, **une formation d'adaptation à l'emploi** des nouveaux diplômés a été expérimentée en partenariat avec d'autres établissements. Il ne s'agit pas d'un complément à la formation initiale, mais bien de faciliter l'exercice professionnel. En 2005 seize personnes ont été sollicitées pour suivre cette formation.

Le plan de formation annuel proposé et validé par les instances comporte ces différents volets. Ainsi, depuis plusieurs années sont proposées des formations institutionnelles répondant aux besoins exprimés par les services : gestion de la violence et de l'agressivité, les techniques d'entretien...

Ces mesures ont un sens si elles s'inscrivent dans un **accompagnement individualisé des professionnels**. D'autre part, même si la formation joue un rôle essentiel, la pertinence de ses apports se travaille en situation de soins.

I.1.3 – Le partage des savoirs

Les réunions organisées dans les unités

Historiquement, l'existence de réunions régulières en psychiatrie ne prit corps que lorsqu'il y eut quelque chose à dire, à faire ensemble. Que ce soit sous la forme de réunions du personnel, en général dans la pluridisciplinarité de leurs pratiques, ou de réunions incluant la présence du patient, on s'aperçoit que c'est dans leur articulation, de leur interaction qu'elles tirent une légitimité, une signification et un rôle thérapeutique.

Ces réunions organisées et formalisées ont, pour leur part, contribué à valider les notions de qualification et de professionnalisation des équipes soignantes.

La réunion clinique est un outil spécifique dans l'organisation des soins que l'on peut proposer à une personne hospitalisée au décours de sa prise en charge. Elle permet l'identification des compétences et ressources individuelles des professionnels et la construction d'une compétence collective au bénéfice de la personne soignée.

Qu'elles soient construites autour d'un cas précis comme peuvent l'être les réunions de synthèse ou qu'elles prennent une forme plus généraliste, telles que les séances de régulation et d'analyse de pratiques, ces temps de rencontre structurent l'espace soignant, permettent une mise en mots relative à l'histoire d'un patient, à sa pathologie, à son environnement familial et social.

Elles permettent aux professionnels de penser la relation qui les lie à la personne soignée, à leurs partenaires dans le soin, en interrogeant le lien instauré et en le repositionnant dans une relation soignante professionnelle distanciée.

Les services de soins sont des lieux d'enseignement privilégiés où l'accueil des patients dans des situations de souffrance extrême nous enseigne, dans la rencontre qui se crée, des choses essentielles sur leur humanité et la nôtre.

Ces réunions sont des lieux d'apprentissage où, si le savoir se crée, il s'y transmet également au travers d'une pratique directe sans cesse questionnée. Ainsi le groupe soignant crée son propre outil et ses référentiels spécifiques.

On peut répertorier différentes réunions :

- **La réunion de synthèse** permet un recentrage de la problématique, elle crée un lieu où le professionnel peut poser son questionnement, exprimer ses doutes, solliciter d'autres regards pour continuer une prise en soin où passer la main.
- **La réunion communautaire** permet de répondre aux questionnements pratiques, de créer un lien interpersonnel, voire de réguler les tensions entre les patients et de prendre conscience pour le soignant des capacités et des compétences du patient à être dans un groupe.
- **La réunion clinique** permet l'évaluation régulière de la prise en charge et du projet de soin de chaque patient.
- **Les réunions de fonctionnement** permettent le choix d'une organisation, de procédure, de protocole qui n'est pas sans effet sur la philosophie du soin et sur l'adhésion du groupe soignant aux différentes actions proposées.

Plus que jamais, la nécessité des réunions cliniques s'impose. Devant l'insuffisance des formations initiales, la mobilité des professionnels, le morcellement du temps de travail, l'augmentation des files actives, la diversification des lieux de soins, il est indispensable de promouvoir et de privilégier des lieux et du temps pour réfléchir et re-poser les pratiques.

Le cadre de santé

Il est le garant des principes éthiques. **Le cadre** de santé dans son attitude, repositionne les interventions des différents acteurs dans le champ global du prendre soin ; il a ici un rôle d'animateur permettant à partir de cet outil de communication le traitement collectif des informations.

I.1.4 - La formation en continue

Dans l'ensemble des missions apparaît le rôle fondamental du cadre de santé vis à vis de l'équipe, il s'agit bien dans sa dimension clinique et pédagogique d'accompagner les membres de l'équipe dans la recherche de sens, de cohérence et de qualité des soins **dans un principe de formation en continu...**

Cet accompagnement peut se décliner selon deux axes : un accompagnement individualisé et un accompagnement collectif.

L'accompagnement individualisé

Le cadre de santé doit assurer un accompagnement permettant au professionnel une inscription dans une logique de formation en continu, indispensable à la construction de son projet professionnel et de répondre à l'obligation réglementaire d'une évaluation permanente des connaissances.

Ce suivi peut prendre appui sur un support que l'on pourrait nommer « **Portefeuille ou livret de compétence** » :

- descriptif parcours professionnel
- compétences acquises et/ou à acquérir
- formations suivies et/ou à venir

Ce suivi serait en interaction avec les temps **d'évaluation** formalisés tout au long de la carrière de l'agent.

La supervision, les groupes de parole

L'objet de cette réflexion n'est pas de poser le choix entre supervision et/ou groupe de parole mais de situer en quoi ces outils sont indispensables à notre pratique.

Certains préalables doivent présider à la mise en place de ces outils. Ainsi il sera recherché à travers ces méthodes, de veiller à la mise en place d'une dynamique d'intégration dans laquelle l'avis de l'un est digne d'intérêt et l'avis de l'autre, apparemment contradictoire, est pertinent dans une complémentarité de point de vue qui reflète la complexité de l'être humain.

Ces lieux de réflexion n'ont pas pour objet de déboucher sur des actions, des solutions concrètes en lien avec des situations, problèmes, mais laisser libre cours pour les soignants à l'expression du vécu au travail.

Dans ses rapports de proximité, le cadre peut rappeler l'existence de ces instants de réflexion, inciter à la participation des acteurs en relevant des situations concrètes qu'il serait pertinent de ré-aborder dans ces lieux.

Le soutien de l'institution prend alors tout son sens, en acceptant que, contrairement à d'autres moments de soins, la supervision ou le groupe de paroles ne soient liés à un objectif d'efficacité.

I.1.5 – Le rôle de l’encadrement

L’encadrement :

Le cadre de santé est l’interface **d’un quadruple contexte** : l’administration, le corps médical, l’équipe soignante et la personne soignée.

Il est aussi sous une quadruple influence :

- De la culture de la profession (en tant que professionnel de la santé)
- De la culture de métier (en lien avec sa formation d’origine)
- De sa formation cadre (pluridisciplinaire)
- Du contexte dans lequel il exerce ses missions.

En 2002, deux groupes de travail, l’un avec des cadres supérieurs, l’autre des cadres de santé, se sont réunis pour définir le rôle et la fonction des cadres dans l’institution. Si les débats ont été riches, ils mettent en évidence des appréhensions différentes des rôles et fonctions :

- D’aucun se définissent et se projettent auprès de la direction des soins comme « cadres chargés de missions, de projets », d’autres avec une fonction clinique envers les membres de l’équipe et auprès des personnes soignées.

Etre cadre de santé aujourd’hui nécessite une adaptation rapide aux évolutions marquées par les textes récents : l’arrêté du 19 avril 2002 relatif à l’organisation des concours sur titre permettant l’accès au corps des cadres de santé a eu pour effet de supprimer le tableau d’avancement et le lien entre le lieu professionnel d’origine et le candidat.

Ces nouvelles dispositions en organisant une « délocalisation » du concours, facilitent l’accès de postes de cadres à d’autres candidats que ceux de l’établissement de référence. Cette nouvelle organisation peut être une source d’enrichissement pour les institutions par la diversité des expériences des différents cadres recrutés.

En lien avec ces évolutions les missions des cadres de santé sur l’établissement peuvent se décliner comme suit :

- Dans le domaine des ressources humaines :

- **Mettre en œuvre** de protocole d’accueil des étudiants en soins infirmiers et stagiaires afin d’organiser leur évaluation
- **Favoriser** l’intégration des nouveaux recrutés en élaborant des fiches de poste
- **Accompagner** les professionnels dans leur projet professionnel en assurant un suivi individualisé
- **Participer** aux évaluations de l’activité infirmière et aux études de charge de travail

- Dans le domaine des soins :

- **Coordonner** les activités soignantes relevant de l’élaboration de projets thérapeutiques
- **Développer et favoriser** l’utilisation d’outils professionnels tels que le dossier de soins et la démarche de soins
- **Planifier et anticiper** l’organisation des soins à l’aide d’outils pertinents tels que « la planification murale »
- **Favoriser** les écrits infirmiers entre les membres de l’équipe par la mise en place des « transmissions ciblées par exemple.
- **Contribuer** à une gestion économique du matériel et des ressources logistiques de l’unité

- Dans le domaine de l’hygiène :

- **Participer** aux travaux de l’Equipe Opérationnelle d’Hygiène, en relation avec le CLIN.

- Dans le domaine de la formation

- **Evaluer** les besoins individuels de formation des professionnels relevant de sa compétence, conseiller, orienter et guider les choix en regard des projets professionnels.
- **Participer** à des actions de formation, aux jurys de sélection des étudiants infirmiers et au tutorat des travaux de fin d'études.

Pour s'adapter à la mutation des structures hospitalières et répondre à ses nouvelles missions, le cadre de santé devient polyvalent avec des compétences qui doivent être transférables d'un contexte à un autre. Son rôle est complexe et sa fonction change dans un environnement mouvant et évolutif. Cet évolution nécessaire interroge les cadres sur leurs fonctions par l'expression d'une demande de reconnaissance et d'être associés aux décisions.

ELABORATION D'UN LIVRET D'ACCUEIL POUR LES STAGIAIRES

CONSTAT :

Référence commune manquante concernant l'accueil des stagiaires

OBJECTIFS :

Renforcer la complémentarité entre les services de soins et les Instituts de Formation en Soins Infirmiers
Informers les stagiaires sur les spécificités des lieux d'hospitalisation, facilitant le choix des terrains de stage

Harmoniser les supports relatifs à l'accueil des stagiaires et améliorer les conditions d'accueil.

METHODOLOGIE :

Constitution d'un groupe de travail.

Elaboration de questionnaires adressés aux stagiaires et aux professionnels infirmiers pour évaluation de l'accueil.

Analyse des résultats et création du livret.

CONTENU/MOYENS

Réalisation d'un livret d'accueil et d'un livret d'information sur les différents services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile « Trait d'Union », en collaboration avec les cadres de santé et les cadres formateurs de l'IFSI.

Organisation de visites régulières de l'institution auprès des étudiants des IFSI de la région.

CALENDRIER/ECHEANCES :

2002 : mise en place de groupe de travail

2004 : validation des livrets par les cadres supérieurs

2005 : - présentation et mise en place octobre novembre 2005

- réalisation d'un questionnaire de satisfaction adressé aux stagiaires accueillis en stage

2006 : évaluation et mise à jour

INTEGRATION DES NOUVEAUX RECRUTES
--

CONSTAT :

Absence d'harmonisation de la politique d'intégration des nouveaux professionnels cloisonnée

OBJECTIFS :

Favoriser la connaissance de l'institution.
Développer les connaissances relative à la fonction publique hospitalière
Promouvoir l'opportunité d'expériences professionnelles diversifiées à travers l'offre de soin.
Fidéliser les professionnels dans l'institution

METHODOLOGIE :

Constitution d'un groupe de travail.
Réflexion du groupe sur les améliorations à apporter.

CONTENU/MOYENS :

Réalisation de journées de visite de l'établissement avec participation de l'encadrement et des professionnels.
Présentation du statut de la fonction publique
Présentation du service de formation continue et de son intérêt pour développer leur projet professionnel.
Remise du livret d'accueil et accompagnement dans le service d'affectation, avec présentation de l'unité.

CALENDRIER/ECHEANCES

2004 : en expérimentation
Deux sessions d'intégration en 2004 et 2005

EVALUATION

Construction d'un outil d'évaluation.

INCORPORATION DES PROFESSIONNELS DANS LE SERVICE

CONSTAT

Connaissance partielle du service d'affectation et de ses interactions.

OBJECTIFS

Développer une appartenance au service d'affectation
Permettre une connaissance du service et des orientations médicales posées.
Repérer les professionnels exerçant au sein du service et connaître leurs fonctions.

METHODOLOGIE

Réunion de travail de l'encadrement des services concernés.
Elaboration d'une maquette.
Présentation et Validation par les professionnels du service.

CONTENU/MOYENS

Création d'un livret comprenant de manière synthétique :

- Les orientations du projet de service.
- Une présentation des pratiques de soin.
- Une présentation de l'organigramme.
- Un rappel des documents à disposition des professionnels dans l'unité et au centre documentation.

Organisation sur chaque structure d'une ou plusieurs journée de découverte dans un délai de 6 mois maximum après l'arrivée du professionnel.

CALENDRIER/ECHEANCES

2006 Début de l'expérimentation
Fin 2006 Evaluation de l'expérimentation et harmonisation sur l'institution.

I.2 – L'accueil du patient

I.2.1 – Le contexte :

Les conditions dans lesquelles se déroule l'accueil du patient sont étroitement liées aux organisations en place, à la spécificité des lieux d'accueil ainsi qu'aux circonstances et modalités d'admission, par exemple :

- Consultation en CMP
- Hospitalisation à temps plein (par transfert du CAP 48, à la suite d'une consultation à l'accueil soignant... ou par « entrée directe »...)

Dans le précédent projet de soins infirmier, l'accueil du patient était déjà au centre de la préoccupation du service infirmier. Visant à améliorer nos prestations dans ce domaine, deux axes de travail avaient été dégagés en priorité :

- l'Accueil soignant
- l'hospitalisation à temps plein

Certaines réponses ont été apportées.

I.2.2 – Les mesures

– L'accueil soignant

Basé sur le principe d'une accessibilité permanente, cette structure offre au public (usagers et professionnels) un accueil spécialisé et propose des solutions diversifiées pouvant aller du premier contact avec un « psy » à l'organisation d'une hospitalisation...

Sa restructuration (composition de l'équipe et organisation du travail) a favorisé une répartition plus équilibrée des tâches entre celles des cadres de santé, chargés des relations administratives et de l'organisation, et celles des infirmiers, plus dédiées à l'accueil des patients, tout en rendant possible une certaine perméabilité entre les deux fonctions.

– L'hospitalisation à temps plein

Plusieurs modalités de prise en charge en matière de séjours hospitaliers suscitent dans l'établissement de nombreux débats :

- la libre circulation des patients
- la prise en charge des patients en CIT (chambre d'isolement thérapeutique)
- les malades dits difficiles
- les détenus hospitalisés

La question de la qualité de l'accueil et des conditions de séjour proposées nous interpelle chaque jour davantage. Elle nous renvoie toujours à la nécessité de faire se concilier entre eux :

- les droits inaliénables des patients, entre autres :
 - o le respect des libertés individuelles (liberté d'aller et venir, de choix du médecin, de prise de décision, d'implication dans les soins...)
 - o la préservation de l'intimité, de la vie privée, de la dignité humaine...
- et la responsabilité des soignants à garantir la sécurité sanitaire et l'accès aux soins pour tous qui imposent la prise en compte de certaines contraintes :
 - o contraintes liées à l'hospitalisation sans consentement
 - o à la protection des personnes vulnérables

- aux moyens et organisations proposées par l'institution...

Plusieurs groupes de travail ont été constitués pour tenter d'apporter des réponses ou du moins tracer des pistes.

– La libre circulation des patients en hospitalisation libre (HL)

Organisée dans de nombreux établissements, le principe de la libre circulation des patients en HL a été rappelé récemment par des textes réglementaires et recommandations.

« La liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine. Dans une démocratie qui assure à ses citoyens les droits fondamentaux des personnes, tout doit être mis en œuvre pour favoriser l'exercice de ce droit »

Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité (conférence de consensus des 24 et 25 novembre 2004)

Toutefois, malgré l'obligation de prendre des mesures adéquates respectant le droit des patients sur ce point, l'unanimité n'est pas de mise sur ce sujet dans l'établissement. La question reste totalement dépendante des grandes orientations institutionnelles. Elle est indissociable, notamment, de la question de l'hospitalisation des patients à protéger ou à contenir ou bien encore, de celle des conditions de sécurité et de travail des personnels (il n'existe pas d'unité spécifique) et, bien sûr, des options qui seront retenues. Ainsi, le champ d'exploration qu'il nous est possible d'investir, en vue d'apporter des solutions concrètes, trouve rapidement ses limites.

C'est ainsi que la très grande majorité des unités de soins restent fermées et, le plus souvent, sans qu'une évaluation des risques ait été pratiquée de façon régulière pour « justifier » cette mesure.

« Il est de la responsabilité du service infirmier de veiller à ce que les procédures de restrictions collectives, à priori incontournables, et de restrictions individuelles s'appuyant sur des évaluations cliniques personnalisées et actualisées ne se confondent pas dans la pratique. »

– Les prises en charge des patients en chambre d'isolement thérapeutique (C.I.T.)

Il était primordial de reconsidérer la question de l'isolement thérapeutique dans tous ses aspects :

- Par un inventaire descriptif des locaux : aspect général, équipement et matériaux utilisés, situation géographique dans l'unité, dispositif de sécurité... des améliorations d'ordre technique ont pu être apportées.
- Par un recueil d'informations auprès des cadres concernés sur les difficultés rencontrées dans l'organisation des soins, des suggestions d'amélioration ont été adoptées.
- Par une redéfinition des procédures à suivre concernant le mode d'utilisation des chambres d'isolement thérapeutique, la sécurité des soins et le respect des droits des patients ont été renforcés. La procédure de 1992 qui régissait la prise en charge des patients en C.I.T. a été « re-listée » par le groupe de travail. Deux autres documents ont été élaborés pour permettre une application stricte du nouveau protocole avec un effort particulier sur la prescription médicale et sur le suivi de la surveillance infirmière et l'évolution de l'état clinique du patient.

Une extrême vigilance de la part des professionnels est de rigueur sur cette question et des bilans réguliers devront être réalisés.

– L'hospitalisation des malades difficiles

Ce thème, évoqué de façon récurrente dans les instances de l'établissement, a fait l'objet d'un travail de réflexion par un groupe qui a proposé certaines hypothèses d'organisation :

- Une unité spécifique pour malades difficiles

Ou

- Une unité d'admission fermée et une unité ouverte par secteur de soins

Ou

- Une unité regroupant les deux unités d'un secteur avec une partie ouverte et une partie fermable par secteur.

Si l'hypothèse d'une unité spécifique pour malades difficiles a été de manière constante repoussée, les deux autres solutions n'ont jamais fait l'objet de véritables débats et expérimentations. La solution d'une unité unique avec une partie ouverte et une autre fermable a toutefois été évoquée dans le projet d'un secteur de soins.

– L'hospitalisation des détenus

La question de l'hospitalisation des détenus dans une unité de soins est souvent abordée dans les instances ou groupes professionnels car elle soulève bien des interrogations, que ce soit à travers :

- les aspects juridiques,
- la qualité de l'accueil du patient, des soins, des conditions d'hébergement.

Pour ce qui est des aspects juridiques, les débats sont centrés sur le rôle de « gardien » des infirmiers, provoqués par la différence de traitement entre, établissements somatiques d'une part, ***où le détenu est gardé par les forces de l'ordre pénitentiaire***, et établissements psychiatriques d'autre part, où ***ce rôle dévolu aux forces de l'ordre*** échoit alors aux infirmiers de par le mode même d'hospitalisation du détenu.

Pour ce qui est de l'accueil, des soins et des conditions d'hébergement des détenus hospitalisés, la quasi nécessité de maintenir le patient en chambre d'isolement thérapeutique, ***du fait d'un équipement des unités de soins inadapté (puisque non carcéral !)*** nous permet de répondre à l'obligation de garde qui nous est faite. Par contre, elle nous entrave considérablement en perturbant l'organisation des soins, par la nécessité de faire appel à des renforts. Et elle ne nous permet pas de répondre comme il se doit à cette autre obligation : apporter des conditions d'hébergement décentes aux patients. Il est surprenant de constater que les conditions d'hospitalisation des détenus dans notre établissement s'avèrent être souvent plus restrictives en

matière de liberté, de droit et de confort que celles dont ils bénéficient dans les établissements pénitentiaires.

Jusqu'à ce jour, il n'a pas été possible d'apporter au niveau institutionnel ne serait-ce qu'un début de réponse à ces différents aspects de l'hospitalisation. Les positions des différents corps professionnels ne sont pas unanimes et, si chaque service garde l'entière prérogative des mesures à adopter en son sein, ce « statu quo » pèse fortement sur les conditions de travail et participe au découragement de certains soignants.

Il est urgent d'apporter des réponses adaptées à ces problèmes qui, autrement, ne pourront que s'aggraver, d'autant que certaines circonstances entourant l'accueil des patients majorent encore les aspects négatifs de leurs conditions de séjour :

- les hébergements
- la promiscuité

I.2.3 – Les conditions de séjour

- Les hébergements

Le manque de lits, structurel et/ou ponctuel dans un secteur, entraîne une « délocalisation » de l'hospitalisation d'un patient dans un autre secteur.

Les conséquences sont :

- Certaines complications ou difficultés qui auraient pu être évitées dans la prise en charge du patient, plus particulièrement lorsqu'il est connu et déjà suivi par l'équipe de son secteur d'origine.
- Un aperçu « par procuration » du tableau clinique d'entrée et, souvent, une perte de données significatives.
- Une « errance » dans certains cas ; exemple du patient faisant des séjours de courte durée rarement dans la même unité.
- Des relais parfois problématiques après la sortie d'hospitalisation.
- Des tensions relationnelles entre les secteurs, « pressions plus ou moins amicales » pour « prendre le malade »
- Des malentendus entre les secteurs pour la prise en charges des patients.

Toujours est-il que, pour les équipes, il a fallu s'adapter et accepter de prendre de la distance avec ce phénomène. En s'interrogeant sur la nécessité absolue de soigner le patient dans son secteur d'origine.

- La promiscuité

La sectorisation, dont le principe de déségrégation des soins prévalait, a apporté au patient, par l'organisation d'une vie communautaire partagée, une aide à l'amélioration de son état.

L'ouverture des « hôpitaux psychiatriques » souhaitée par tous, avec la mise en œuvre de la prise en charge de la population dans des structures extra-hospitalières, a amélioré la perception et l'image de la psychiatrie.

Hors, actuellement, tous les professionnels sont unanimes pour constater qu'un changement, au sein de la population accueillie, s'est opéré. En relation avec l'évolution de la société, il se traduit par des manifestations telles que :

- l'exclusion, la marginalisation de groupes de population
- l'appauvrissement du langage, le repli communautaire
- la surconsommation banalisée de produits licites et illicites
- les passages à l'acte, les incivilités qui se traduisent par des insultes, menaces, violences physiques.
- un sentiment d'insécurité grandissant et des réactions défensives ou d'intolérance renforcées.

Par ailleurs, le développement de l'urbanisation et des transports a réduit considérablement la distance entre l'établissement de soins et la cité. Ce lieu de soins pendant longtemps préservé peut se voir investi comme un lieu de loisirs (aire de pique nique, de jeux), mais aussi d'échange de produits illicites et de comportements délictueux relevant de la justice (rackets et autres)

Dans l'unité même ou dans son environnement proche, cette promiscuité imposée s'avère délétère. Non seulement elle fragilise davantage la nécessaire relation de confiance que les soignants cherchent à établir, difficilement, avec certains patients mais elle porte un fâcheux discrédit à leurs efforts pour l'amélioration de la qualité des soins.

Pour les soignants, le sentiment d'insatisfaction, voire d'impuissance, à garantir aux patients une protection efficace, et l'impression que l'établissement ne prend peut-être pas les mesures adéquates, renforcent encore leur sentiment d'insécurité, lequel, dans certains cas, émane de situations bien réelles. Des efforts sont faits : équipe de sécurité, contrôle des accès..., conférer 1.2.4.

A cela, s'ajoutent de façon récurrente les difficultés que pose la prise en charge des patients en chambre d'isolement, responsables d'une certaine « désorganisation thérapeutique », imposant la mobilisation des uns et la démobilité des autres pour l'assurer.

Etre infirmier en unité de soins, c'est à la fois pouvoir se mobiliser plus particulièrement auprès des patients « en crise » mais aussi, garantir à chaque patient des soins appropriés et d'égale qualité.

I.2.4 – La sécurité

La thématique sécurité, qui concerne aussi bien celle des patients que celle des soignants, s'intègre comme une trame et assemble chacun de ces éléments entre eux. Cet aspect du problème sur lequel convergent les inquiétudes des différents corps professionnels a pu faire l'objet d'un travail de réflexion constructive au niveau institutionnel. Les réponses visant à renforcer la sécurité des biens et des personnes dans l'établissement sont de plusieurs ordres :

Le dispositif de protection des travailleurs isolés :

- Pour les unités d'hospitalisation :
 - Depuis plusieurs années un système d'alarme est mis en place dans plusieurs unités de soins ; l'objectif fixé est, à partir d'un système fiabilisé et simple d'emploi, d'étendre cette mesure à tous les agents de l'établissement.
- pour les structures de soins ou de consultations intra ou extra muros, les réponses seront multiples :
 - interphone, boutons d'alerte...

L'équipe de surveillance :

- Les situations de violence se rencontrent de plus en plus fréquemment à l'accueil. Il a été décidé de recourir, à titre expérimental, aux services d'une société de surveillance.

Une équipe de sécurité :

De façon concomitante, une réflexion a été menée sur l'apport d'une équipe de sécurité pour assurer trois missions :

- la sécurité incendie
- la sécurité des biens et des personnes dans l'environnement immédiat des unités de soins
- l'appui ponctuel à la prise en charge soignante en CIT

Si l'énoncé des deux premières missions ne semble pas faire débat, il en est autrement pour la troisième. En effet de nombreux courants idéologiques traversent le service infirmier et n'ont pas encore permis d'obtenir un consensus.

Néanmoins, les travaux du groupe de travail chargé d'élaborer le projet ont fait émerger une convergence d'opinion sur la distinction à faire entre les positions des différents intervenants : d'une part, celle des soignants directement impliqués dans la prise en charge du patient placé en CIT et, d'autre part, celle des agents venus « en renfort » pour appuyer l'équipe soignante de l'unité.

LA GESTION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT

CONSTAT

La chambre d'isolement, relève d'une prescription médicale étayée sur les critères cliniques de l'état du patient. L'utilisation de cet outil contenant doit être assortie d'une surveillance médicale et soignante précisée par écrit.

OBJECTIFS

Améliorer les conditions d'accueil
Evaluer un protocole de surveillance des soins en CIT avec traçabilité

METHODOLOGIE

En 2000, un groupe de travail a été constitué. Il était chargé d'aborder les axes suivants : admission, soins, modalités particulières de surveillance, en lien avec la réglementation des patients hospitalisés sous contrainte.

En 2001, rédaction d'un protocole de soins et surveillance. En février 2001, après validation par les instances, mise en application du protocole.

PERSPECTIVES

Evaluation des supports existants (cf V2 et E.P.P.)
Réactualisation en lien avec l'actualité juridique.

<p>LA SECURITE DES PATIENTS ET DES PERSONNELS</p>
--

CONSTAT

Les changements repérés parmi la société tels que la marginalité, le repli et les surconsommations diverses se retrouvent également dans les unités d'hospitalisation. Ces lieux de soins longtemps préservés peuvent se voir investir comme lieux d'échanges de produits illicites, de comportement de racket envers les personnes hospitalisées.

Ces incivilités ont des conséquences importantes sur les patients présentant une vulnérabilité et sur les soignants qui se trouvent face à des problèmes ne relevant pas de leurs compétences professionnelles .

OBJECTIFS

Garantir la sécurité des personnes hospitalisées, de leur famille.

Garantir des conditions de travail sécurisées aux soignants et autres personnels de l'établissement.

CONTENUS/MOYENS

Une réflexion s'est engagée avec la participation de tous les acteurs, les réponses institutionnelles sont en cours de réalisation avec comme axes prioritaires :

- la mise à disposition de dispositif de protection des travailleurs isolés.
- La mise en place à titre expérimental d'une équipe de surveillance (société de prestation extérieure).
- Un projet de création pour les visiteurs d'un parking extérieur a l'établissement pour filtrer les entrées.
- Un projet de constitution d'une équipe de sécurité ayant trois missions : la sécurité incendie, la sécurité des biens et des personnes et un appui ponctuel a la prise en charge des patients en chambre d'isolement thérapeutique.

CALENDRIER/ECHEANCES

Demandé au budget 2005, puis 2006, la constitution effective d'une équipe dépendra des moyens accordés pour financer cette équipe. Le service infirmier aura pour mission

- d'accompagner la mise en place de ces dispositifs,
- d'alerter en cas de dysfonctionnement des procédures établies
- d'évaluer la pertinence des dispositifs au sein des unités en lien avec les professionnels concernés.

II – L'ORGANISATION

II.1 – L'organisation des soins infirmiers

L'organisation des soins infirmiers s'appuie sur l'évaluation des besoins des patients, déterminante pour la mise en œuvre des programmes de soins et la planification des actions. Le dossier de soins, support indispensable à cette évaluation, fait l'objet d'un chapitre spécifique de ce projet.

C'est à partir des éléments essentiels concernant le patient collectés lors du recueil de données, de la détermination des objectifs de soins définis dans le cadre de son projet thérapeutique, que se construit la planification des soins.

Cette planification des soins - journalière, hebdomadaire et mensuelle selon les actes à effectuer - permet, par anticipation, de procéder à une appréciation quantitative et qualitative des moyens humains nécessaires pour y répondre (nombre de professionnels susceptibles d'être impliqués et compétences requises)

Toutefois, la spécificité même du soin en psychiatrie exige aussi qu'un nombre minimum d'agents, déconnecté de celui des patients présents et du volume de soins qu'ils représentent, soit préservé pour « assurer le service » (nombre minimum de sécurité)

La juxtaposition de ces concepts - l'ensemble des besoins des patients et la prise en compte des risques potentiels - indique, en termes de temps soignant et de qualification professionnelle, le nombre d'agents nécessaires au fonctionnement d'une unité ou d'une structure de soins.

Actuellement, il n'en est rien.

II.1.1 – Le contexte

Jusqu'à ce jour, la détermination des effectifs nécessaires au fonctionnement d'une unité de soins de psychiatrie s'est effectuée, à partir de débats dans diverses instances de l'établissement, sur la base du nombre minimum requis en cas de grève. Cet effectif a évolué, suivant le cours de la réglementation ou la satisfaction de revendications sociales. Il en résulte une répartition des effectifs par unité ou structure de soins, *que l'on pourrait qualifier d'égalitaire*, qui semble être admise par tous. Elle est utilisée comme référence pour les nouvelles unités et peu contestée.

Ainsi, le nombre fixé étant devenu la règle intangible en matière d'organisation du travail, il en est de même avec son support : *le planning*.

II.1.2 – Les solutions

La période actuelle paraît peu propice à l'étude de propositions allant dans le sens d'un changement des pratiques. La pénurie infirmière et ses conséquences, le recrutement qui s'éternise... les délais d'attente plus ou moins longs pour le remplacement dans les structures et unités de soins... pour ne citer que ces points, imprègnent fortement les discours et renforcent plutôt les attitudes défensives des équipes infirmières.

Pourtant, chercher à adapter les effectifs, en termes de nombre et de compétences requises, est indispensable. Indispensable, bien sûr et plus que jamais, car cela favorise une meilleure utilisation des moyens, mais, surtout, parce que cela redonne la priorité au soin, permet de poser un autre regard sur son activité, de donner du sens à ses actes.

Dans un contexte peu favorable à l'épanouissement professionnel et peut-être aussi, justement, à cause de cela, il importe de réformer la culture organisationnelle des services de soins. Penser évaluation de la charge de travail et répartition équitable des effectifs plutôt qu'égalitaire, planning participatif plutôt que « perpétuel » c'est multiplier les occasions de construire ensemble, de négocier,

d'échanger... c'est retrouver une certaine maîtrise des moyens à mobiliser, une certaine liberté d'innover... c'est permettre aux équipes d'agir aussi sur la qualité de vie au travail.

LE PLANNING PARTICIPATIF

Le planning est l'outil essentiel de prévision de l'activité des agents. Une fois renseigné, il permet d'avoir une vision d'ensemble du fonctionnement de l'équipe (nombre prévisionnel d'agents présents par catégorie professionnelle) ainsi qu'une lecture individualisée des positions et roulements de travail, des amplitudes horaires, de la nature des congés...

Il représente un outil indispensable pour les agents mais son caractère systématique et répétitif, même s'il est fréquemment l'objet de modifications, fait qu'il ne tient pas compte de l'évolution des besoins des patients et de l'activité soignante qui en découle.

Le « planning idéal » devrait donc se présenter comme l'instrument privilégié des professionnels leur permettant, tout à la fois, de concilier au mieux vie personnelle et contraintes réglementaires et institutionnelles mais aussi, de se mettre au service d'une organisation du travail véritablement centrée sur le patient.

Avec le planning participatif, l'adaptation des effectifs aux nécessités de l'activité se construit en tenant compte des variables liées aux lieux, aux personnes, aux périodes concernées. Les professionnels se mobilisent autour d'objectifs de soins, avec des amplitudes différenciées selon :

- Les moments de la journée (lever, déjeuner, dîner, coucher...)
- Les activités particulières programmées (accompagnements, activités thérapeutiques, entretiens...)
- Les types de pathologies prises en charge et l'état clinique des patients
- La présence des référents médicaux et paramédicaux
- ...

Utiliser le planning participatif implique qu'une dynamique de concertation se développe au sein de l'équipe. Ainsi, en cherchant à mieux situer son action, en pertinence avec l'environnement, l'équipe œuvre aussi à renforcer sa cohérence interne.

UNE REPARTITION EQUITABLE ET EVOLUTIVE DES EFFECTIFS

– *Equitable :*

Actuellement, la notion de répartition équitable, qui s'appuierait sur des études de charge de travail, se heurte rapidement aux limites du principe déjà énoncé de *répartition égalitaire*. Elle reste le plus souvent cantonnée à l'état de discours, y compris parmi ses « adeptes ». C'est pourquoi il est si difficile de mettre en œuvre les études adéquates, d'obtenir un consensus sur les résultats et d'en décider l'application.

Pourtant, sans un examen minutieux du fonctionnement en vigueur sur chaque lieu de soins comment prendre la mesure et tenter de corriger les écarts entre besoins des patients et moyens mis en jeu ? Si l'on vise, concrètement, une meilleure adéquation entre effectifs soignants par structure ou unité de soins et besoins des patients, la mise en œuvre d'études de l'activité soignante est indispensable.

Ainsi, pour apprécier si une dotation en effectifs est adaptée, il faut notamment :

- avoir connaissance des missions qui incombent aux agents ;
- cerner au mieux l'ensemble des activités en cause ;

- déterminer le poids des soins directs et indirects, des tâches afférentes et leur délégation aux professionnels concernés (infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers) ainsi que leur répartition sur une journée.

– *Evolutive* :

S'il faut entreprendre des études de charge de travail pour déterminer les effectifs adéquats, il est tout aussi important de considérer que ces derniers doivent évoluer au regard des besoins des patients, cela nécessite une évaluation permanente et une adaptation en terme de nombre d'agents et de compétences. Les variations en nombre et en type d'actes de soins à dispenser sont nombreuses et plusieurs paramètres sont à considérer :

- L'organisation des journées autour d'un certain nombre d'activités répétitives qui occupent une part importante du temps de travail : la préparation des médicaments, les transmissions, l'écriture dans le dossier, les repas...
- La survenue fréquente d'évènements qui provoquent une activité essentiellement non programmée : une admission par exemple, va générer une activité accrue.
- Les variables liées aux types de pathologies à traiter chez les patients hospitalisés, la gravité des troubles, l'intensité de leur expression, les interactions liées à la promiscuité...

S'il est primordial qu'une dynamique de concertation, là encore, se développe entre professionnels, il s'agit aussi de permettre une plus grande réactivité du dispositif de soin.

En conclusion, on s'aperçoit que l'on est loin de pouvoir se contenter des réponses qu'apporte la répartition égalitaire et qu'il s'agit bien de procéder à une réorganisation de l'offre de soins, par unité ou structure, au regard de l'activité soignante requise par les besoins des patients. Cette réorganisation s'appuie sur :

- **une répartition différenciée** par unité, structure, en terme de nombre et de compétences requises
- **l'organisation d'un pool d'agents** pour répondre aux variations constatées de l'activité soignante au regard des pathologies des patients.

II.1.3 – Les objectifs

Pour parvenir à ce but, il est indispensable d'atteindre les objectifs suivants, à partir :

- D'un dossier de soins infirmiers et des éléments de la démarche de soins
- De grilles d'évaluation testées et reconnues
- De la mise en œuvre d'études de charge de travail
- De la mise en place de plannings participatifs

Pour :

- Déterminer des effectifs adéquats par unité ou structure de soins en adéquation avec l'activité soignante mise en évidence par les études de charge de travail.

Avec :

- Une réponse souple, adaptée à l'évolution de l'activité soignante

On est bien devant un chantier qui, quelles que soient les circonstances, situations, événements, ne pourra pas, indéfiniment, être repoussé.

<i>ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS</i>

CONSTAT

La répartition actuelle des moyens basée sur un principe égalitaire est de plus en plus en inadéquation avec :

- les attentes des usagers et de leur famille
- La prise en compte des situations cliniques diversifiées
- La qualification et la demande de mobilité des soignants

OBJECTIFS

Evaluer les charges de travail

Analyser les besoins en termes de qualification professionnelle

Apporter une réponse institutionnelle efficace et différenciée aux besoins en soins

METHODOLOGIE

Constituer un groupe de travail pluri-professionnel pour examiner

- L'ensemble des activités de soins
- L'adéquation entre effectifs et besoins
- Les missions qui incombent aux différentes catégories professionnelles

PERSPECTIVES

- 2006
 - Prise en compte de la fiche d'action
 - Elaboration d'un dispositif

- 2007
 - Création du groupe de travail
 - Validation et action

II.2 – Le dossier de soins et la démarche qualité

II.2.1 - Aspect réglementaire

Au cours de ces dernières années, le dossier du patient s'est vu exposé à un réexamen minutieux de la part du législateur, soucieux de faire converger, dans l'intérêt des usagers et des professionnels de santé, exigences, obligations et droits respectifs de chacun. Le dossier de soins infirmiers, composante essentielle du dossier médical fait donc aujourd'hui, lui aussi, l'objet d'une réglementation précise qui rejoint nos intérêts. Organisé et centré sur la personne soignée, le dossier de soins infirmiers donne aussi une dimension concrète à la notion de rôle propre, de travail en collaboration, de qualité des soins et de respect des droits des patients, notions auxquelles ce projet se réfère en permanence.

La réglementation en vigueur traite de la question du dossier de soins infirmiers à travers, notamment, deux textes fondamentaux : la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004. Ces deux textes témoignent de l'intérêt qu'accorde le législateur envers un outil au service du droit des patients mais aussi de la reconnaissance de l'action infirmière.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, pour sa part, consacre au dossier de soins infirmiers une attention particulière à travers la publication de recommandations visant l'amélioration de la qualité de la tenue et du contenu du dossier médical. Ces recommandations de bonnes pratiques font écho également aux normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers rapportées dans le guide de soins infirmiers de septembre 2001 réalisé par la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins).

Le dossier de soins infirmiers dans le cadre du rôle propre :

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires...Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. **Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers** »
Décret du 29 juillet 2004 / Article R. 4311-3 du CSP

Le dossier de soins infirmiers constitue un document de référence pour la prise en charge du patient, attestant de l'ensemble des soins infirmiers pratiqués relevant du rôle propre.

« L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient »
Règles professionnelles / Article R 4312-28 du CSP

Le professionnel en a l'entière responsabilité.

« Dès l'arrivée de la personne soignée, l'infirmière ouvre un dossier de soins infirmiers qu'elle renseignera tout au long du séjour. »

Guide du service de soins infirmiers, sept. 2001 / norme 1-3

« La responsabilité de réaliser un dossier de soins infirmiers relève du rôle propre de l'infirmier. Aucun patient, aucun médecin ne peut s'opposer à la constitution dudit dossier. »

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé- juin 2003-chapitre III.3.1.

Le dossier de soins infirmiers dans le cadre du travail en collaboration :

Le dossier de soins infirmiers facilite la prise en charge globale du patient en apportant des éléments d'information nécessaires à l'action des autres professionnels impliqués. Il constitue une preuve des soins pratiqués sur prescription, permet un bilan de l'évolution clinique et influe sur les choix thérapeutiques.

Le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 précise que les soins infirmiers ont aussi pour objet de :
« Concourir à la mise en œuvre de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions »

Décret du 29 juillet 2004 / Article R. 4311-2, alinéa 2

Le dossier de soins infirmiers, pièce constitutive du dossier médical :

Le dossier de soins infirmiers fait partie intégrante du dossier du patient. Il en constitue, au même titre que le dossier médical auquel il est associé, une des pièces maîtresses et les informations qui y sont déposées contribuent à la démarche diagnostique, thérapeutique, ou au suivi de l'évolution des prises en charge.

Le dossier de soins infirmiers retrace un pan conséquent de la prise en charge effectuée, notamment lors d'un séjour hospitalier, dont on doit pouvoir rendre compte au patient.

« De façon complémentaire au dossier médical, les professionnels paramédicaux...constituent un dossier, appelé dossier de soins paramédical, contenant la trace de leurs observations et actions de soins, assurant la continuité des soins et permettant l'évaluation de leur qualité. Les divers éléments du dossier de soins paramédical font partie du dossier du patient et sont archivés avec celui-ci. »

Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé / juin 2003-chapitre II.3.

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ... :

n) Le dossier de soins infirmiers, ou à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers...

Décret du 29 avril 2002 / Article R. 710-2-2 du CSP

Le dossier de soins infirmiers et le respect des droits du patient :

A travers la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et son décret d'application du 29 avril 2002, le législateur rappelle le droit fondamental des personnes à la protection de la santé. Il réaffirme l'autonomie du patient, acteur du système de soins participant pleinement aux décisions qui le concernent et redéfinit les rôles respectifs de chacun dans la relation « soignant-soigné »

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte-tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé »

Loi du 4 mars 2002 / Article L. 1111-4 du CSP

Pour permettre au patient d'utiliser de façon optimale ce droit fondamental le professionnel de santé s'engage :

- à lui fournir une information « loyale, claire et appropriée »,
- à rechercher son consentement pour tout acte médical ou traitement,
- à prendre en compte la personne de confiance qu'il aura désignée,

- à garantir une utilisation des données personnelles le concernant respectueuse de ses droits et renseigner son dossier avec la même rigueur professionnelle.

La loi du 4 mars 2002 donne au patient le droit d'accéder directement à son dossier et à cette occasion conforte son rôle pivot, essentiel à toute prise en charge pluridisciplinaire.

« Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention... »

Loi du 4 mars 2002 / Article L. 1111-7 du CSP

Pour être représentatif de cette prise en charge, le dossier doit former un tout cohérent témoignant de la contribution de chaque discipline. L'infirmier, quel que soit son degré d'implication dans la démarche thérapeutique engagée avec le patient, doit laisser trace de ses actions et les consigner dans son dossier. Ces informations, au même titre que celles relevant spécifiquement de la prise en charge médicale, sont soumises aux mêmes obligations. En renseignant le dossier de soins infirmiers, l'infirmier apporte sa contribution à la défense des droits du patient et assume ainsi sa part de responsabilité dans ce domaine.

II.2.2 - Le dossier médical au Centre Hospitalier Montperrin

Au Centre Hospitalier Montperrin, trois grandes catégories de dossiers sont utilisées selon la fonction des structures de soins :

- Un dossier de « CMP » en psychiatrie générale adultes.
- Un dossier de « pédopsychiatrie ».
- Un dossier d'« intra hospitalier » en unités de soins et hôpitaux de jour pour adultes.

Le dossier utilisé en intra-hospitalier, tel que nous le connaissons encore actuellement, existe depuis 1995. Le service de soins infirmiers s'était chargé de son élaboration, ses travaux avaient été validés sans difficultés. Depuis, quelques nouveaux documents y ont été inclus :

- en 2000, *prescription et surveillance de l'état clinique du patient pris en charge en chambre d'isolement thérapeutique* :
 - documents prenant en compte les recommandations de l'A.N.A.E.S.
 - élaborés en commun par la Direction du pôle patient, le corps médical et paramédical.
- en 2002, *informations recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge ou concernant de tels tiers* :
 - application de la loi du 4 mars 2002 qui prévoit que ces éléments d'information ne sont pas communicables au patient et implique qu'ils soient consignés séparément dans son dossier.
- en 2003, *inventaire et dépôt de valeurs* :
 - document prenant en compte la réglementation en matière de responsabilité de l'établissement vis-à-vis du patient (devoir de protection, d'information, de défense de ses droits) et inversement en cas de litige (traçabilité, fiabilité des informations)
 - élaboré en groupe de travail pluridisciplinaire avec la Direction du service de soins infirmiers et la Direction du pôle patient, en lien avec le groupe de travail sur le dossier du patient.
- en 2004, adjonction d'un « *dossier somatique* » :
 - élaboré par les médecins somaticiens intervenant sur l'hôpital.

Ce dossier n'a pratiquement plus été remanié dans sa forme, hormis de façon locale et parcellaire. Ces modifications, bien qu'apportées généralement dans un souci d'amélioration de l'outil, sont restées le fait d'initiatives isolées. Elles n'ont donc pu bénéficier ni à tous les usagers, ni à l'ensemble des professionnels potentiellement concernés.

La Direction des soins infirmiers s'est préoccupée, dès 1996, de l'évaluation de cet outil et a proposé à la Commission du service de soins infirmiers de procéder notamment à un audit. Toutefois, il faudra attendre 2000 pour que ce travail soit effectué sous l'impulsion de la Démarche Qualité liée à la procédure d'accréditation. ***En s'engageant dans une Démarche d'amélioration de la qualité des soins, le service de soins infirmiers allait enfin prendre part à l'évaluation de cet outil, mettre en évidence les nécessaires modifications à y apporter, imaginer les mesures correctives utiles et profitables à tous.***

L'auto évaluation

L'établissement s'est inscrit dans la procédure d'accréditation en octobre 2000. Il a mené sa phase d'auto évaluation durant les six mois suivants. Un groupe de travail pluriprofessionnel s'est attelé à étudier dans quelle mesure les normes préconisées par l'A.N.A.E.S. à travers le référentiel D.P.A. (dossier du patient) pouvaient être appliquées et/ou applicables au sein de l'Etablissement. Le 3 juillet 2001, il se déclarait prêt à recevoir les experts-visiteurs de l'A.N.A.E.S. La visite s'est déroulée du 10 au 14 décembre 2001. Le groupe d'auto évaluation en charge du référentiel DPA a procédé à une enquête sur la qualité de la tenue du dossier des patients, selon la méthodologie de l'A.N.D.E.M. (1994) L'enquête a porté sur un échantillon représentatif des divers lieux de soins de chaque secteur, inter-secteur ou fédération (60 dossiers pour la partie infirmière et 38 dossiers pour la partie médicale)

Les conclusions de cette enquête ont abouti notamment aux constats suivants :

- En pédopsychiatrie il existe une grande hétérogénéité des supports utilisés.
- En psychiatrie adulte le dossier type de 1995 est toujours utilisé dans toutes les unités d'hospitalisation et les hôpitaux de jour mais sans harmonisation des règles et modalités d'utilisation.
- Les critères de lisibilité, traçabilité et fiabilité des données ne sont pas toujours respectés.
- La contribution infirmière à la prise en charge du patient n'apparaît que très partiellement à travers le dossier.
- Il n'existe pas de guide d'utilisation du dossier du patient.

Mener cette enquête n'aura pas seulement été l'occasion de procéder à ce recensement mais bien de s'intéresser aux organisations en place et au rôle de chacun dans le soin, de susciter des questionnements nécessaires voire d'ébranler des convictions, de faciliter l'expression des professionnels sur leurs attentes et l'émergence d'une dynamique de changement.

L'auto évaluation a été l'occasion d'ouvrir à nouveau le débat sur la part de responsabilité qui incombe à chaque professionnel à la construction du dossier médical, responsabilité éthique mais aussi réglementaire.

Les actions entreprises

Le service de soins infirmiers a souhaité mettre à profit rapidement l'enseignement tiré de cette évaluation. Avant même la visite des experts, deux groupes de travail missionnés par la D.S.S.I. ont été constitués :

- L'un dès septembre 2001 par des professionnels de pédopsychiatrie.
- L'autre dès novembre 2001 par des professionnels de psychiatrie adultes.

Le groupe de travail « dossier médical » en pédopsychiatrie :

Bien que soucieux d'une responsabilité commune préexistante à la politique d'accréditation, les professionnels de pédopsychiatrie ont rapidement mesuré la nécessité d'améliorer ce support du soin. En partant du constat d'hétérogénéité des documents l'objectif princeps du groupe de travail s'est naturellement dégagé : élaborer ensemble un support commun. Cette harmonisation, souhaitable, s'appuyant sur une double exigence de qualité et de responsabilité au service des patients et de leur famille.

Modalités de travail :

Vingt professionnels représentant les structures de chaque service (S. I07, S. I08, S. I09), se sont réunis très régulièrement à un rythme mensuel. Chacun a pu prendre le temps de présenter le support utilisé dans chaque structure de soins et d'en expliciter les objectifs attendus. Le groupe a pu constater très rapidement, que malgré la diversité des formes de supports de transmission, les valeurs de chacun se rejoignent, fortes d'une éthique de travail.

Le groupe des participants s'est donné les moyens d'enrichir sa réflexion, en inscrivant sa démarche à un niveau institutionnel.

Soulignons par ailleurs l'importance de faire circuler l'information, afin de susciter l'appropriation de ce nouveau support par chaque membre de chaque équipe. C'est dans cette optique que les participants au groupe de travail se sont appliqués à informer leurs collègues des différentes étapes en cours.

Les grandes étapes :

- Septembre à décembre 2001 : mise en route du groupe de travail, élaboration d'une maquette test.
- Janvier 2004 : présentation au Comité de l'Information Médicale
- Janvier 2005 : utilisation du dossier validé.

Evaluation du travail :

Ce dossier médical en cours ne saurait être définitif en raison de l'évolution du contexte social et politique dans lequel il s'inscrit. Son caractère temporaire tient aussi à son évaluation continue souhaitable. Si évaluer nos supports de travail implique de questionner nos pratiques relationnelles, chaque professionnel se doit alors d'y contribuer.

Le groupe de travail « Dossier médical » en psychiatrie adultes :

Si les objectifs fixés découlaient naturellement des conclusions de l'auto évaluation, leur légitimité a été largement confirmée par l'investissement du groupe dans ce travail. Ces objectifs étaient :

- Rédiger un guide d'utilisation du dossier de soins,
- Modifier les supports écrits de la pratique infirmière,
- Élaborer les documents en adéquation avec la réglementation,
- Améliorer les procédures d'accueil et de la prise en charge du patient dans le cadre de l'action infirmière en élaborant, par exemple, « le recueil de données ».

Les travaux du groupe :

Le groupe a souhaité travailler en premier lieu à l'élaboration de documents renvoyant directement à la pratique infirmière et au temps fort que représentent l'admission et le début du séjour pour le patient. Les éléments constituant la trame de sa réflexion portaient sur :

- ❑ L'accueil du patient,
- ❑ L'entretien infirmier d'accueil,
- ❑ La façon dont il va conduire cet entretien,
- ❑ L'intérêt qu'il porte d'emblée à la problématique du patient,
- ❑ La projection d'un programme de soins adaptés à mettre en place.

Modalités de travail :

Le groupe de professionnels impliqués était majoritairement composé d'infirmiers exerçant en unité d'hospitalisation et de cadres de santé.

La réflexion du groupe s'est enrichie de la confrontation des points de vue, de l'expérience ou de l'inexpérience des uns et des autres, des particularités des différents lieux d'exercice représentés.

Les grandes étapes :

- ❑ Décembre 2001 à juin 2002 : mise en route du groupe de travail et élaboration des documents « accueil du patient » et « recueil de données ».
- ❑ Présentation au CIM.
- ❑ Mise en attente des travaux du groupe (à ce stade, certaines questions impliquant qu'elles soient traitées en pluridisciplinarité, la réactivation du groupe d'auto évaluation est demandée à son coordinateur).
- ❑ Reprise prévue dans le cadre du projet de dossier informatisé médical.

Evaluation du travail :

Le groupe s'est appliqué à remplir la mission qui lui incombait avec enthousiasme et sa production en témoigne. Bien des travaux sont encore à mener pour élaborer l'outil « dossier de soins infirmiers ».

Si la question de l'évaluation clinique par l'équipe infirmière et des dispositions qu'elle est à même de prendre a le mérite d'avoir été posée, elle se reposera bien entendu, très concrètement, à l'occasion de la deuxième procédure d'évaluation en 2006.

Si la question de la place des écrits infirmiers au dossier du patient se pose en termes d'obligation réglementaire ou de recommandations de bonnes pratiques dont le premier bénéficiaire est avant tout le patient, elle doit aussi être considérée comme pouvant permettre de rendre plus perceptible et compréhensible la part du travail infirmier et être un vecteur d'évolution et d'enrichissement des pratiques de soins.

En effet, constituer et tenir un dossier de soins infirmiers implique d'investir chacun des aspects de la profession d'infirmier, y compris en intra hospitalier où prédomine une forte conception médicale des soins.

Le dossier de soins infirmiers est un outil à facettes multiples au service de la qualité des soins. Il peut aussi devenir un excellent instrument de la valorisation des actions infirmières.

<i>PARTICIPATION DU SERVICE DE SOIN INFIRMIER A L'ELABORATION D'UN DOSSIER PATIENT</i>

CONSTAT

- Obligation réglementaire relayée par l'A.N.A.E.S. et l'H.A.S. à travers les recommandations des différentes versions de l'accréditation.
- Manque d'harmonisation des supports existants et de leur utilisation.
- Absence de démarche infirmière écrite.

OBJECTIFS / REALISATIONS

- Se conformer à la réglementation dans les domaines suivants :
 - Soins relevant de l'initiative infirmière
 - Administration de médicaments
 - Respect des droits du patient
- Disposer d'un outil qui permette de recueillir, centraliser et conserver les informations concernant le patient :
 - Sous forme de données utiles à la prise en charge et à son évaluation
 - Sous forme d'éléments auxquels le patient peut avoir accès
- Garantir une plus grande sécurité des soins :
 - Traçabilité de leur programmation, de leur réalisation et de leur évaluation
 - Traçabilité de l'identification des prescripteurs et des soignants ayant accompli les soins
 - Traçabilité de l'administration des médicaments
- Aborder autrement le soin infirmier au sein de l'équipe pluridisciplinaire :
 - mieux identifier la contribution infirmière à l'élaboration, la réalisation, l'évaluation du projet de soins du patient
 - faire une place à la Démarche de soins infirmiers et en formaliser les étapes
- Disposer d'un outil pédagogique facilitant l'enseignement et l'apprentissage des jeunes professionnels.

CONTENUS/MOYENS

- Poursuivre les travaux du groupe visant à créer un dossier type.
- Impliquer largement les professionnels dans une démarche participative à l'élaboration des outils et à leur appropriation
- Intégrer la notion de normes de qualité dans la conception, l'utilisation et l'évaluation des outils
- Envisager l'utilisation d'outils complémentaires, à créer en fonction de la spécificité des sites : planification murale par exemple

- Procéder à des évaluations portant sur l'utilisation des outils existants feuilles de synthèse quotidienne, cahier d'activité...
- Mettre à disposition des soignants un guide d'utilisation du dossier de soins infirmiers.

CALENDRIER

- En continu :
 - dans le cadre des missions du groupe de travail pluridisciplinaire mis en place par le Comité de l'Information Médicale (C.I.M.)
- A compter de 2006
 - Participation au projet de mise en place du dossier médical informatisé

II.3 – La complémentarité dans le soin et la prise en charge

Le principe de cette réflexion se doit d'être l'amélioration des réponses aux besoins en santé mentale des personnes.

Le contexte de la psychiatrie en général, les départs massifs et la mobilité professionnelle bousculent nos projets.

Si la culture du cadre unique, omniprésente, a traversé plusieurs générations d'infirmiers en psychiatrie, la prise en compte de l'évolution sociologique est incontournable. Elle doit intervenir dans le choix des réponses à apporter aux demandes multiples qui sont adressées à la psychiatrie.

Devant la complexité de nos champs d'intervention, l'identification la plus réelle possible des besoins s'avère indispensable, et les réponses selon les lieux d'intervention et la spécificité des structures doivent préciser *quels professionnels pour quels soins* sont nécessaires.

Ainsi dans le cadre de l'introduction de nouveaux métiers, il est important de mettre l'accent sur :

- une meilleure réponse aux besoins des patients
- une meilleure réponse aux attentes des professionnels
- une utilisation optimale des dispositifs de soins

A ce titre, diverses expériences illustrent ces propos :

- En intra hospitalier avec l'arrivée des aides soignants
- En pédopsychiatrie avec la présence des éducateurs spécialisés
- Dans le cadre des structures extra hospitalières avec la collaboration de professionnels dans des activités

II.3.1 – Les aides-soignants

En 2003 un groupe de travail se met en place pour étudier une nouvelle composition de l'équipe soignante.. Il s'agissait de mettre en perspective les besoins des patients hospitalisés dans une unité de soins avec les compétences soignantes requises pour y répondre.

La méthodologie choisie comme base de l'étude a déterminé la répartition des besoins des patients par catégorie de soins, hygiène, confort, élimination, soins techniques, ou relationnels.

Sous forme expérimentale, à partir de janvier 2004, les aides soignants ont été intégrés dans la composition d'équipe de certaines unités de soins intra hospitalières.

Leurs rôles, fonctions, leur statut ont été questionnés au regard de la spécificité psychiatrique et des responsabilités respectives des acteurs du soin.

En mai 2004, un fascicule « rôle et fonction de l'aide soignante en psychiatrie » a été élaboré en précisant :

- Des textes réglementaires sur les actes infirmiers et plus particulièrement leur rôle propre
- Le champ possible d'intervention des aides soignants.

L'expérience a confirmé la nécessité de la présence des aides soignants dans les équipes. Le travail en binôme (infirmier/aide soignant) favorise une démarche globale et améliore la qualité du service rendu à la personne soignée. Il se situe dans un cadre de collaboration et non de délégation.

II.3.2 – Les éducateurs spécialisés

Historiquement le secteur médico-social préexistait aux services de psychiatrie infanto-juvénile. Ceci a permis naturellement aux éducateurs spécialisés de jeunes enfants d'avoir leur place en pédopsychiatrie.

Le travail de secteur en psychiatrie infanto-juvénile a la particularité, par rapport au travail sectoriel en psychiatrie adulte, d'impliquer plus directement les professionnels dans un partenariat étroit avec le milieu scolaire ainsi qu'avec la protection maternelle et infantile (PMI), l'aide sociale à l'enfance (ASE) les services de justice et les services de psychiatrie générale tel que cela est défini dans la circulaire de 1992 :

« Améliorer la qualité de l'accueil et définir des cadres d'intervention qui intègrent, dans le travail thérapeutique avec l'enfant, la prise en compte de ses besoins de développement dans les champs éducatif, scolaire et social »

Cette prise en charge globale de l'enfant ou de l'adolescent implique une cohérence des acteurs et une complémentarité des compétences qui fait la richesse des équipes pluridisciplinaires.

Dans le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière apparaît celui de l'éducateur spécialisé dont la définition est la suivante « éduquer et accompagner sous l'angle médico-socio-éducatif, des publics présentant des déficiences physiques, psychiques, des troubles du comportement ou ayant des difficultés d'insertion » et dont les relations professionnelles les plus fréquentes se font avec :

- Des équipes socio-éducatives et équipes de soins pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer le projet personnalisé
- Des familles et partenaires des réseaux pour un relais d'information, de médiation, de soutien et pour préparer le retour éventuel de la personne prise en charge.

Certaines expérimentations professionnelles permettent de penser que les éducateurs spécialisés auraient toute leur place dans les structures telles que CATTP, hôpitaux de jour, sociothérapie, en complémentarité des équipes infirmières pour le bénéfice de la prise en charge du patient adulte.

II.3.3 – Les intervenants (extérieurs dans une activité)

Dans les structures extra hospitalières, ils interviennent dans le cadre d'ateliers proposés aux patients. Ces activités, éducatives, créatives ou récréatives établissent une relation basée sur la médiation.

Le principe de complémentarité permet au soignant et à l'intervenant de développer une approche originale et dynamique de la relation.

Les activités sont des médiateurs qui favorisent l'élargissement du champ relationnel du sujet. Elles facilitent une inscription socioculturelle dans la cité. Le sujet est amené à établir ou ré-établir des contacts humains dans un cadre sécurisant.

La coopération et /ou la collaboration entre différents acteurs, la clarification des missions de chacun favorisera une synergie des compétences au service des usagers.

II.4 – L’hygiène, le tabac et la nutrition

Dans le projet d’établissement 2000/2004, l’effort constant d’amélioration des conditions hôtelières offertes aux patients était évoqué, notamment par la rénovation des unités de soins avec :

- Des chambres individuelles dotées d’un coin sanitaire
- Des espaces plus adaptés : salle de restauration, salon...
- Un ameublement de qualité

Cette politique d’humanisation a entraîné la multiplication des locaux à nettoyer, et, pour y répondre l’augmentation du nombre d’agents nécessaire.

Simultanément, l’évolution de la réglementation a imposé l’utilisation de nouvelles méthodes, techniques d’entretien avec, pour corollaire, des actions de formations appropriées.

Deux types de réponse ont été apportées :

- Réponses quantitatives

- L’augmentation du nombre des agents de service hospitalier (ASH), 3 agents par unité de soins au lieu de 2, puis sept agents sur les 2 unités jumelées.
- L’élaboration de **fiches de poste** dans chaque unité ou structure de soins à partir d’une évaluation des besoins en terme d’hygiène des locaux.
- La modification des amplitudes de travail.

- Réponses qualitatives

- Les bonnes pratiques d’hygiène hospitalières et leur suivi ont été une préoccupation majeure dans la mise en place de cycles de formations destinées :
 - aux agents des services hospitaliers (A.S.H.)
 - aux infirmiers et à l’encadrement

Malgré ces dispositions, d’autres questions se posaient, des problèmes techniques tardaient à être résolus par défaut de réactivité.

Le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) ne trouvait pas un relais suffisant dans les services de soins en l’absence d’un référent connu et reconnu.

En conséquence et dès le début de l’année 2002, ces fonctions de coordination dans le domaine de l’hygiène ont été prises en compte par la création d’un mi-temps d’infirmière hygiéniste.

II.4.1 - L’infirmière hygiéniste

- Ses missions (Circulaire du 19/4/1994)

- Mise en œuvre de la politique de prévention du risque infectieux, de l’hygiène générale de l’établissement
- Elaboration des protocoles de soins en collaboration avec les services concernés par leur application

- Participation aux missions de l'équipe opérationnelle d'hygiène en liaison avec les différentes instances.

- En qualité de membre de l'équipe « Référents de l'hygiène hospitalière », l'infirmière hygiéniste est consultée pour :

- La construction l'aménagement et l'équipement des locaux
- L'étude, le choix des matériels et produits utilisés pour les soins et l'entretien des locaux
- La formation initiale dans les instituts relevant de l'établissement
- La formation du personnel

– Les actions entreprises

- Les audits

- collecteurs d'aiguilles
- lavage des mains
- circuit du linge

- Les protocoles

- utilisation et entretien des lave-vaisselle
- réactualisation du protocole du tri et collecte de linge sale, du tri des déchets

- Les études

- Sur la conception des unités de soins
- Sur la mise en place de nouvelles méthodes de nettoyage des sols

Le Collège des Référents en Hygiène Hospitalière

Depuis le 5/4/2005, c'est désormais un cadre représentant chaque secteur de soins qui compose cette équipe dans un dispositif bénéficiant de réunions régulières.

II.4.2 – Le comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (le CLIN)

- Son action : Communications / Informations
 - o Présentation aux instances du rapport d'activité du CLIN
 - o Conseil et expertises
 - o Guide et recommandations
 - o Audit et enquêtes
 - o Prévention, surveillance
 - o Formation en Hygiène (ASH, Infirmiers)

Le service infirmier a participé à d'autres groupes dans le cadre de la prévention ou de la pédagogie dans le domaine de l'hygiène comme le comité « Montperrin sans Tabac ».

II.4.3 – Le Comité « MONTPERRIN SANS TABAC »

En décembre 1999, la mise en place d'un comité « Montperrin sans tabac », a réalisé l'acte fondateur de la lutte contre le tabac dans notre établissement.

– le bilan

- A partir de l'an 2000, le comité s'est réuni régulièrement (plus de 35 réunions). Le bilan de ce comité peut se décliner ainsi :
 - Adhésion à la charte « Hôpital sans tabac »
 - Création d'une consultation d'aide au sevrage tabagique dans les locaux du service de la Médecine du Travail
 - Modification du livret d'accueil du personnel et des patients incluant la notion que l'hôpital est un lieu sans tabac
 - L'organisation à la Sociothérapie d'un concours pour la création d'un logo officiel « Montperrin sans tabac »

– l'action du Comité a été primordiale à différents niveaux :

Aménagements structurels

- Epurateurs et extracteurs de fumée dans les unités de soins et lieux collectifs (ex : Sociothérapie)
- La transformation en un « espace non fumeurs » du self du personnel après sa rénovation.

Les actions

- Réalisation annuelle de journées d'actions institutionnelles, en partenariat extérieur, en direction des patients et du personnel en intégrant les étudiants des instituts de formation situés sur l'établissement.
- Affiches à l'entrée des unités de soin et à l'intérieur des chambres des patients rappelant l'interdiction de fumer
- Auto-collants dans les véhicules de secteur
- Panneaux à l'entrée de l'hôpital.

Et une mesure « symbolique » : l'arrêt de la vente du tabac à la Sociothérapie a été effectif dès 2002.

Mais dans ce domaine, il reste encore beaucoup à faire :

- Le suivi des actions,
- des évaluations régulières (enquêtes, sondages)
- L'information et la sensibilisation aux problèmes du tabac :
 - De l'encadrement
 - Des étudiants en soins infirmiers
 - Création d'un site Internet
 - Création d'une consultation d'aide au sevrage tabagique pour les patients

II.4.4 – Le Comité Liaison d'Amélioration et de nutrition (CLAN)

Le but de ce comité est de favoriser la mise en place, le suivi d'une politique d'amélioration de l'alimentation et de la nutrition en direction des patients hospitalisés.

Il est composé d'un infirmier ou d'un cadre de santé par secteur de soins, de l'infirmière hygiéniste, du représentant du CLIN, d'un médecin coordonnateur et du responsable de la cuisine centrale.

II.4.5 – Les actions à entreprendre

- **Information**
 - En direction de l'encadrement par l'intermédiaire d'intranet pour les actualisations, modifications des protocoles
- **Formation**
 - Formation/actions sur le site de travail des ASH nouvellement recrutés
- **Evaluation**
 - La mise en œuvre d'évaluations systématiques, régulières relatives à la tenue et à l'actualisation des supports (classeur jaune : guide des bonnes pratiques d'hygiène)
- **Gestion**
 - De l'utilisation par les agents des produits d'entretien
- **Actions**
 - Evaluation du respect des protocoles
 - Elaboration d'un nouveau cahier des charges à l'usage des entreprises d'entretien extérieures

L'hygiène hospitalière est une composante de la démarche qualité entreprise dans notre établissement. Elle est l'affaire de tous.

Il serait restrictif de ne parler que de l'hygiène hospitalière ; le service de soins infirmier s'engage dans les autres axes relatifs à la gestion du risque :

A titre d'exemple :

pour la sécurité incendie la formation obligatoire est désormais intégrée dans le programme d'accueil des nouveaux professionnels

Les équipes sont impliquées dans le développement et l'utilisation du logiciel Génois qui permettra, à terme une meilleure sécurisation du circuit médicamenteux.

Les équipes sont sollicitées également pour signaler tout matériel défectueux et les cadres de santé sont sensibilisés à cette procédure.

Il reste encore beaucoup de progrès à faire notamment en terme de suivi et de contrôle mais c'est le but de la démarche qualité, être sans cesse en recherche d'amélioration des pratiques et réduire ainsi les dysfonctionnements susceptibles de créer des dommages aux personnes hospitalisées.

ORGANISATION D'UN COLLEGE REFERENT EN HYGIENE

CONSTAT

- Difficulté de coordination entre le CLIN et les structure de soins
- Difficultés dans l'accompagnement de l'application des normes d'hygiène dans les structures de soins.

OBJECTIFS

- Relayer l'information et accompagner la mise en place sur les unités de soin des protocoles et procédures validés par le CLIN.
- Mettre en place un dispositif de veille

METHODOLOGIE

- Déterminer la personne qualifiée pour ces missions
- Donner aux membres du collège des référents en hygiène toutes les informations nécessaires pour ces missions
- Permettre des rencontres régulières entre le CLIN et le collège des référents en hygiène

CONTENUS/MOYENS

Un cadre de santé par service a été désigné pour constituer le collège des référents en hygiène , il est chargé :

- De participer aux réunions mensuelles avec le CLIN,
- D'informer les autres cadres de santé de son secteur des évolutions de la politique du CLIN
- De rapporter les difficultés rencontrées ou les questions inhérentes à l'hygiène hospitalière.

CALENDRIER/ECHEANCES

Mise en place depuis avril 2005, le collège des référents en hygiène fonctionne avec une participation régulière aux réunions.

Un temps d'évaluation dans les structures serait un plus pour mesurer l'impact de leurs actions.

PERSPECTIVES

Poursuivre l'organisation par l'évaluation des missions du collège référent en hygiène. Intégrer ce collège dans l'élaboration du projet développement qualité et hygiène

**ELABORATION D'UN CAHIER DES CHARGES A L'USAGE DES
ENTREPRISES EXTERIEURES**

CONSTAT

Insatisfaction générale sur les prestations fournies par les entreprises extérieures sur les structures extra-hospitalières.

OBJECTIFS

Obtenir un niveau de prestation répondant aux normes d'hygiène hospitalière.
Elaborer un cahier des charges notifiant les règles à respecter.
Prévoir les personnes qualifiées chargées d'assurer le contrôle et le retour d'information.

METHODOLOGIE

Un groupe de travail a été mis en place en mai 2005 composé des cadres de structures extra-hospitalière avec la collaboration du président du CLIN.

MOYEN/CONTENU

Ce groupe a défini une classification des zones à risque en milieu hospitalier, adaptée ensuite aux différentes structures.

Une classification des locaux, la nature des surfaces, le type de prestation à fournir, la périodicité et les contraintes liées à l'activité de la structures ont été définis.

CALENDRIER/ECHEANCES

Ce travail a été relayé par la Direction des Services Economiques pour validation des surfaces, les tableaux ont été remplis par les cadres en juillet 2005.

PERSPECTIVES :

- Valider le cahier des charges et le diffuser
- Assurer un suivi et un contrôle du respect des exigences posées dans le cahier des charges.
- Désigner les personnes qualifiées

II.5 – L’informatisation

II.5.1-Le contexte

L’informatisation du circuit de l’information est indispensable pour traiter tous les aspects de la prise en charge des patients dans le domaine du soin direct : le dossier du patient et toutes les applications, du soin indirect : la relation entre les unités/structures de soins et les autres services de l’établissement.

En 1996, une étude a mis en évidence le volume important des supports (imprimés) écrits, émanant des unités de soins et destinées aux services logistiques, du personnel... ainsi que la redondance dans leur traitement.

Il a fallu attendre 2002 pour qu’une démarche soit entreprise pour construire un système d’information fondé sur les nouvelles technologies, avec des garanties d’efficacité, de fiabilité, de sécurité et de pérennité.

Pour atteindre ce but, un comité de pilotage informatique représentatif de toutes les composantes de la communauté hospitalière a été mis en place, avec l’assistance d’un cabinet spécialisé dans ce domaine.

Les objectifs fixés étaient de rédiger :

- Un document formel décrivant la politique de sécurité pour garantir l’intégrité, la confidentialité, la disponibilité des données et l’audibilité du système.
- Un schéma directeur du système d’information
- Une charte d’utilisateur de l’informatique

En 2004 à l’occasion d’un changement de filière informatique dans l’établissement, l’informatisation des plannings a été entreprise, pour 3 unités de soins, bientôt suivies d’autres.

II.5.2-Les mesures

L’informatisation des plannings de travail dans les unités de soins est une première étape qui permettra la prise en compte de tous les aspects des circuits et des supports de l’information tels que,

En matière de gestion

- le bureau des mouvements, de l’accueil,
- admissions, sorties des patients
- lits vacants
- personnel disponible
- du dossier patient

Les services logistiques

- Cuisine, services économiques

Et l’utilisation des services

- messagerie interne
- mise à jour des procédures, protocoles

L'informatisation des unités de soins :

- apportera une aide précieuse au cadre de santé dans sa fonction administrative
- permettre une réactivité dans les échanges entre les acteurs de l'institution
- participera à l'amélioration des soins aux patients.

L'informatisation des structures de soins doit être une priorité institutionnelle.

III – CONCLUSION

Le service infirmier s'inscrit dans le processus d'évolution permanente de la société et de son système de santé. De ce fait, il subit le poids d'un contexte difficile, où les problèmes liés à la pénurie de professionnels, dans une situation de départs massifs et de mobilité accrue, se font de plus en plus criants, et où toutes les conditions sont réunies pour que se renforce un climat peu propice aux changements.

Toutefois, et à partir ne serait-ce que d'une simple réflexion sur l'accueil des patients, il s'avère indispensable de réformer nos organisations, pour apporter des réponses plus adaptées aux besoins des patients, en terme de compétences diversifiées.

Ce processus d'évolution s'inscrit aussi dans une démarche d'évaluation permanente de nos pratiques. La procédure d'**accréditation** avait trouvé sa place dans le précédent projet et impulsé une dynamique nouvelle dans la réflexion du service de soins infirmiers. Nous intégrerons cette fois, à travers les recommandations de la Haute autorité de Santé, les exigences qu'impose la **certification**, exigences formulées, là encore, en terme de points forts ou innovants et de propositions d'amélioration, mais aussi, **d'objectifs à atteindre**.

Ainsi, dès lors que l'on aura procédé à l'évaluation de la qualité du service rendu, le service infirmier devra participer activement à ce processus d'évolution et mener une politique de changement qui s'imposera comme une évidence.

Les réformes à venir sur le management de l'hôpital, sur la gouvernance et les pôles d'activités redéfiniront les statuts et les rôles des différents corps professionnels. Les objectifs visés seront d'améliorer le dialogue médico-administratif et de développer un véritable maillage des processus de gestion avec la direction fonctionnelle de l'institution. **Transparence, responsabilisation, contractualisation** sont les points forts de cette nouvelle **gouvernance hospitalière**.

Cet élément d'évolution de nos institutions aura aussi son impact sur celle du service infirmier qui devra s'engager, de fait, dans cette réforme hospitalière de grande ampleur.