

EQUILIBRES

Un mode d'exercice novateur pour les soins infirmiers à domicile



Avant-Propos

Florence JAKOVENKO - Saint Christol Les Alès (30)

Selon le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession infirmière, les compétences professionnelles des infirmiers permettent d'aborder le soin dans les dimensions biomédicale, psychologique et sociale. Paradoxalement la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne reconnaît pas une bonne partie du rôle propre infirmier telles que la relation de soutien, l'éducation à la santé. Comment prendre en charge de manière globale une personne malade à son domicile en réduisant le soin à la réalisation codifiée d'un acte ? Devant ce constat, les infirmiers en France ont comme choix d'user de leur temps personnel pour accompagner pleinement le patient et sa famille gratuitement à son domicile (pour les actes hors NGAP). Une autre alternative est se résigner à enchaîner des actes, au risque de perdre l'essence même du soin ancré dans une approche humaine et interpersonnelle, conduisant jusqu'à la perte de sens des valeurs de la discipline infirmière.

Conscients des besoins comme des enjeux autour de l'art de soigner, les membres de l'association Soignons-Humain proposent au travers d'un article 51 nommé *ÉQUILIBRES*, une manière innovante d'exercer la profession infirmière à domicile satisfaisant toutes les parties prenantes. Ce dispositif est plus qu'un nouveau mode de rémunération accessible aux statuts libéral en équipe autogérée ou salarié en centre de santé. Il redonne les couleurs indispensables afférentes au Soin. En appui de l'autonomie basée sur les compétences cliniques du rôle propre, les infirmiers utilisent pleinement leurs savoirs pour accompagner patients et aidants à mieux vivre l'expérience de la maladie et/ou du vieillissement. Cela passe par la reconnaissance entière des spécificités de la profession infirmière.

Sommaire

<i>Une approche holistique en équipe du soin à domicile, L'exemple hollandais Buurtzorg appliqué à la France</i> Guillaume ALSAC	p4
<i>EQUILIBRES une initiative pour les soins à domicile</i> Chrystèle LEMAN, Mathieu NOCHELSKI	p13
<i>Le Omaha System, un référentiel de soins multidimensionnel standardisé</i> Chrystèle LEMAN, Mathieu NOCHELSKI	p25
<i>Accompagner les équipes d'Équilibres : Le rôle du coach/facilitateur</i> Mathilde LACAZE, Laurence VILLALONGA	P38
<i>Équilibres en libéral, Retour à l'Équilibre</i> David BALESSÉ	p52
<i>Équilibres en centre de santé, "Rendre Visible l'Invisible"</i> Justine BAYART, Charlotte LENGLET	p56
<i>Témoignages en période Covid</i> Pascal Lambert	p60
<i>Vignette clinique, Prendre le temps nécessaire avec le patient et l'aidant</i> Baya DJOUDI	p64
<i>L'évaluation du programme Équilibres</i> Valérie DONIO	p70
<i>EQUILIBRES : une corde à l'arc du prendre soin Personne soignée/aidants/infirmière</i> Evelyne MALAQUIN-PAVAN	p78
<i>Pour aller plus loin</i>	P91

Une approche holistique en équipe du soin à domicile, l'exemple hollandais *Buurtzorg* appliqué à la France

Guillaume ALSAC

Lille (59) - galsac2@gmail.com

Résumé

Buurtzorg, « soins de proximité », est une structure de soins infirmiers à domicile, fondée aux Pays-Bas en 2007 par un infirmier cadre de santé, Jos de Blok, avec une amie, un collègue et un ami informaticien. Fragmentation des actes, dépersonnalisation de la relation soignant-soigné, accélération des interventions avaient induit hausse des coûts de santé (hospitalisations non programmées et iatrogénie), baisse de la qualité perçue par les patients, et perte de sens vécue par les professionnels infirmiers, empêchés de vivre leur métier de façon satisfaisante.

La réponse de *Buurtzorg* : de petites équipes indépendantes d'infirmiers autonomes dans les décisions qui les concernent, et soutenues par un service support aussi restreint que possible. La prise en charge est globale : l'ensemble des soins (techniques et de *nursing*) est réalisé par un même infirmier si possible[1].

Buurtzorg a eu un impact systémique majeur sur le système de santé néerlandais en l'espace d'une décennie, et représente un exemple inspirant pour l'amélioration des organisations de santé dans plusieurs pays dont la France avec l'association d'infirmiers Soignons Humain.

Mots-clés : Qualité de Vie au Travail, Soins ambulatoires, Infirmier, Travail d'Équipe, Organisation des Soins, Efficience.

Introduction

Buurtzorg, nom qui signifie « soins de proximité » en néerlandais, est une structure de soins infirmiers à domicile, fondée aux Pays-Bas en 2007 par un infirmier cadre de santé, Jos de Blok, avec son épouse, une amie, un collègue et un ami informaticien. Quand ils ont démarré ensemble la première équipe *Buurtzorg*, la situation dans le secteur du soin à domicile en Hollande était extrêmement dégradée. Plusieurs réformes successives du système de santé avaient conduit à regrouper les infirmiers, comme salariés de structures privées de grande taille, avec plusieurs échelons hiérarchiques. Les interventions quotidiennes étaient organisées par une cellule publique centrale, avec une distribution des actes à réaliser en fonction des niveaux de qualification des professionnels : les actes les plus simples par les professionnels les moins qualifiés et moins rémunérés, les actes plus techniques par les professionnels plus diplômés. Du fait d'un zonage géographique très étendu, pour optimiser les remplacements entre professionnels, un patient nécessitant des soins chroniques pouvait recevoir la visite de 40 professionnels différents en un seul mois.

Fragmentation des actes, et dépersonnalisation de la relation soignant-soigné, accélération des interventions selon des grilles standards, conduisirent à l'inverse de la finalité poursuivie : une hausse des coûts de santé (hospitalisations non programmées et iatrogénie), une baisse de la qualité perçue par les patients, et une perte de sens vécue par les professionnels infirmiers, empêchés de vivre leur métier de façon satisfaisante.

S'inscrivant en contre-pied de ces évolutions, le lancement de *Buurtzorg* a eu un impact systémique majeur sur le système de santé néerlandais en l'espace d'une décennie, et représente désormais un exemple inspirant pour l'amélioration des organisations en santé dans plus de 16 pays du globe : Allemagne, Danemark, Brésil,

Japon, Chine, Singapour, Australie, Nouvelle-Zélande, Arabie saoudite, Écosse, Angleterre, Pays de Galles, Suède, Norvège, Belgique, Suisse et... France !

La vision Buurtzorg

Les points-clés du fonctionnement de *Buurtzorg*

La mission que s'est donnée *Buurtzorg* est de permettre à ses patients de mener la vie la plus riche et la plus autonome possible à leur domicile, autrement dit, délivrer « les meilleurs soins possibles ».

Elle repose sur 5 principes [2] :

« *Humanity over bureaucracy* »

Jos de Blok témoigne avoir eu comme principale ligne directrice de construire une nouvelle forme d'organisation, qui soit réellement au service de l'atteinte de cette mission, et donc au service des professionnels de santé : comment leur permettre de vivre pleinement leur vocation d'infirmier, comprise dans toutes ses dimensions ?

Sa réponse a été de constituer de petites équipes d'infirmiers de proximité « *community nurses* », autonomes dans les décisions qui les concernent, et soutenues par une équipe aussi restreinte que possible : 50 personnes au sein des services supports, pour 10 500 salariés, pari tenu. Simplicité et pragmatisme sont les piliers de cette organisation, qui cherche en toutes circonstances à soutenir et faciliter le travail au quotidien des équipes terrain, en premier lieu au travers de la simplification des contraintes administratives qui pèsent sur leur exercice.

Approche holistique

Lors du premier rendez-vous à domicile, une rencontre a lieu entre le nouveau patient et un infirmier de l'équipe. Une évaluation précise et exhaustive des besoins et des

ressources du patient est réalisée, sur la base du référentiel multidimensionnel Omaha[3]. Cette rencontre est aussi et surtout le point de départ d'une relation de confiance, la première pierre d'une alliance, sur laquelle sera fondé l'accompagnement. Au-delà des soins prescrits ou identifiés comme nécessaires, l'infirmier va accompagner le patient dans l'élaboration de son propre projet de soins qu'il va signer, avec comme principal objectif la reconquête ou le maintien de son autonomie. Autrement dit, *comment pourriez-vous vous passer de nous ?*

La prise en charge est ensuite globale, avec le moins possible de professionnels différents auprès d'un même patient. À rebours d'une fragmentation des tâches censée permettre des économies, l'ensemble des soins (techniques ou de *nursing*) sont réalisés par un même infirmier.

Le modèle de l'oignon : l'empowerment du patient, intégration des soins et approche pluriprofessionnelle

L'infirmier cherche d'abord à mobiliser les capacités, existantes ou potentielles, d'autonomie du patient, puis s'intéresse à son cercle familial, amical et de voisinage : comment les mobiliser au service du projet de soins ? En troisième lieu, il évalue les soins qui pourraient être délivrés par *Buurtzorg*, et enfin met en jeu, en tant que de besoin, les autres acteurs en proximité : médecin traitant, pharmacien, ergothérapeute, kinésithérapeute, aides ménagères, travailleurs sociaux, associations d'aide aux aidants, plateformes de répit, etc.

Des équipes de pairs, coresponsables de leur destin

L'équipe est constituée d'une dizaine d'infirmiers au maximum, de niveaux de diplômes différents. Tous cependant ont la même position au sein de celle-ci, et il n'y existe pas de hiérarchie.

Chaque équipe dispose d'une très large autonomie de décision, avec un principe de répartition des rôles, qui tournent tous les six mois : le planificateur assure la construction des tournées, le développeur est chargé d'entretenir les liens avec les autres acteurs du territoire, le gardien de l'esprit d'équipe est attentif à la bonne entente entre les membres et à la gestion des conflits, le reporter est chargé du suivi des indicateurs économiques, le mentor est responsable des formations et de l'accueil des nouveaux infirmiers, le maître de maison est responsable de la bonne tenue du local et des approvisionnements en matériel, etc.

Une symétrie des attentions entre patients et professionnels

La recherche d'autonomie des patients et de qualité de relations humaines avec eux sont au cœur du principe de fonctionnement interne de *Buurtzorg*, et elle s'applique également aux professionnels eux-mêmes. Les services supports (informatique, facturation, etc.) se doivent d'être réactifs et soutenant pour les professionnels de terrain. De plus, les équipes ou les individus peuvent à tout moment faire appel à un coach, pour les aider dans la résolution d'un problème qu'ils ne pourraient pas résoudre par eux-mêmes.

La vision *Buurtzorg* en bref

Des professionnels en équipe, partageant une même exigence centrée sur les patients ; autonomes et responsables comme des libéraux, tout en bénéficiant de la sérénité et de la force apportée par un collectif organisé.

Qu'est-ce que cette approche produit ?

Aux Pays-Bas, différentes sources d'évaluation aboutissent à un certain nombre de résultats mesurables, montrant un ensemble vertueux dans lequel toutes les parties prenantes sont satisfaites.

Selon une étude commandée par le ministère de la Santé hollandais, *Buurtzorg* reçoit de la part des patients une note de satisfaction très élevée : 72% des patients ayant également reçu des soins par une autre organisation préfèrent *Buurtzorg* [4].

Concernant le point de vue des professionnels, le niveau de satisfaction est également très élevé. Depuis son adhésion à la mesure « *Best Place To Work* » en 2010, *Buurtzorg* a été évalué par ses salariés numéro un ou deux dans sa catégorie chaque année. Les professionnels ont également voté avec « leurs pieds » au vu de la croissance simplement phénoménale de *Buurtzorg*, avec un doublement d'effectifs chaque année, pour atteindre à présent plus de 10 500 infirmiers répartis dans 950 équipes autonomes de proximité.

Enfin la question de l'impact sur les dépenses de santé est évidemment une question centrale. En 2009, Ernst & Young a analysé pour le compte d'un programme financé par le ministère de la santé hollandais le modèle d'entreprise et les performances de *Buurtzorg* qui, à l'époque, était encore une petite entreprise. Voici ses principales conclusions [5] :

1. *Buurtzorg* fournit des soins de santé plus efficaces et plus rentables que les prestataires de soins classiques « de meilleurs soins », car cet organisme passe

moins d'heures par client, a des temps de cycle plus courts, et diminue les « soins de crise » non prévus.

2. *Buurtzorg* organise également des soins de santé « moins chers », plus efficaces et plus rentables en raison d'une meilleure productivité, de frais généraux moins élevés, d'un faible taux d'arrêts maladie, et d'un taux réduit de renouvellement du personnel.

La vision des fondateurs de *Buurtzorg* est excessivement simple : inventer un système, ou une organisation qui redonne la capacité effective aux infirmiers de vivre l'essence même de leur vocation, c'est-à-dire répondre du mieux possible aux besoins de santé multidimensionnels des patients, en tenant compte de leur place essentielle dans la coordination pluriprofessionnelle de proximité [6].

Les ingrédients fondamentaux de cet *empowerment*, littéralement « encapacitation », des professionnels sont les suivants :

- *une équipe de collègues*, qui partagent une même exigence professionnelle et une même vision du métier, centrée sur la qualité des relations humaines ;
- *des personnes ressources, au service des professionnels* : pour les aider à résoudre leurs problèmes, et pouvant intervenir en recours extérieur objectif et bienveillant dans les cas de conflits irrésolubles (principe de subsidiarité) ;
- *un ancrage local*, qui permet la qualité du réseau de partenariats ;
- *des moyens matériels* : financiers, administratifs, et surtout des outils informatiques adaptés au métier, performants et ergonomiques, qui soient tournés d'abord vers le processus de soin : évaluation multidimensionnelle, suivi des plans de soins, traçabilité et transmissions.

Sens du travail retrouvé

En quoi cette organisation contribuerait-elle à une meilleure qualité de vie au travail ? Selon Truchot [7], qui a longuement étudié le burn-out chez les soignants, les déterminants de cet épuisement professionnel sont l'isolement professionnel, et le travail empêché, soit le fait ne pas être en capacité de réaliser sa mission de manière satisfaisante. Comme montré précédemment, l'exercice collectif permet de retrouver des marges de manœuvre temporelles.

La qualité de vie au travail est finalement à considérer comme une résultante secondaire d'un ensemble de facteurs, et non comme d'un objectif primaire qu'il conviendrait de poursuivre « en soi ». Vivre à nouveau un quotidien qui fait du sens, servir et soigner de manière qualitative, et construire des relations humaines de qualité avec les patients, les collègues et les partenaires, pour un horaire de travail compatible avec une vie personnelle fondent probablement cette qualité de vie au travail tant étudiée et recherchée aujourd'hui.

Références

- [1] Guillaume S, Or Z. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Questions d'économie de la santé 2016; 214: 1-6. Accessible à : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf> (*Consulté le 14-02-2018*).
- [2] Journal of research in nursing, editorial by Jos de Blok, 2015. Vol 20(7) 532–535
- [3] Pour en savoir plus : <http://www.omahasystem.org/> (*Consulté le 13-02-2018*).
- [4]<https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Buurtzorg-nieuw-en-toch-vertrouwd.pdf>
- [5]<http://www.transitiepraktijk.nl/files/maatschappelijke%20business%20case%20buurtzorg.pdf>
- [6] Journal of research in nursing, editorial by Jos de Blok, 2015. Vol 20(7) 532–535
- [7] Truchot D. Stress au travail : des causes et de la prévention du burnout. En Direct 2009; 227: 8-9. Accessible à : <http://endirect.univ-fcomte.fr/download/en-direct/document/en-direct-na--227.pdf> (*Consulté le 14-02-2018*).

EQUILIBRES une initiative pour les soins à domicile

Chrystèle LEMAN : infirmière, cadre de santé, formatrice, COPIL Équilibres
Wambrechies (59) - chrystele.leman@soignonshumain.fr

Mathieu NOCHELSKI : infirmier, cadre de santé, formateur COPIL Équilibres,
Wambrechies (59) - mathieu.nochelski@soignonshumain.fr

Résumé

Depuis 2019, 180 infirmiers en soins à domicile, expérimentent un nouveau modèle d'organisation et de pratique des soins en équipes autogérées pour une durée de 3 ans. Inspirées par l'approche Hollandaise de Buurtzorg, l'association Soignons Humain a porté cet article 51. Elle s'appuie sur les piliers de l'autonomisation des patients, de l'approche holistique centrée sur la personne et de l'exercice en équipe avec un principe de simplification de la tarification des soins. Équilibres arrive aujourd'hui en phase d'évaluation finale.

Mots clés : article 51, expérimentation, innovation en santé, soins infirmiers à domicile, rôle propre, exercice en équipe

De Buurtzorg à Soignons Humain

En 2016, à l'initiative de Guillaume Alsac (ingénieur de formation), des infirmiers et des dirigeants de structures médico-sociales et de l'aide à domicile fondent l'association Soignons Humain (loi 1901 à but non lucratif).

La raison d'être est alors de permettre aux personnes soignées de vivre la vie la plus riche (humainement parlant), la plus autonome et ce, le plus longtemps possible à domicile. Inspirée de l'approche de Buurtzorg, leur volonté est de proposer de nouveaux modèles d'organisation en soins à domicile qui permettent de réaligner les intérêts des infirmier(e)s, des patients et leurs proches aidants [1]. L'intention est aussi de permettre une meilleure gestion économique des dépenses en lien avec les enjeux de santé publique.

Leur constat s'inspire également du contexte de souffrance de la profession infirmière en France avec une durée de vie professionnelle qui se réduit, un exercice libéral globalement isolé et la verbalisation croissante d'une perte de sens dans le métier. A ceci s'ajoute une modalité de cotation des soins à l'acte de plus en plus complexe et qui n'assure pas la reconnaissance des pleines compétences infirmières issues du rôle propre.

Pour y répondre, les membres co-fondateurs proposent une nouvelle organisation de soins en équipes auto organisées, qui visent à délivrer les meilleurs soins possibles, orientés vers l'autonomie des patients, par des soignants qui se sentent concernés par les enjeux et les dépenses de santé publique. Ils cherchent à lever les freins systémiques qui entravent actuellement la bonne réalisation par les infirmiers de la mission qui est la leur, entre autres :

« ...protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social. » (Article R4311-2 Code de la Santé Publique)

L'approche des équipes infirmières auto organisées a déjà fait ses preuves notamment aux Pays-Bas [2]. Ce modèle de self management permet aux soignants de retrouver du pouvoir d'agir et la pleine capacité à vivre leur vocation ainsi que leurs missions professionnelles avec responsabilité et engagement.

Le travail en équipe et la capacité à exercer pleinement son rôle propre sont d'ailleurs deux des piliers qui permettent aux infirmier(e)s de garder du sens et de perdurer dans l'exercice de leur métier notamment dans les soins à domicile [3].

Les débuts sur le terrain

Dans un premier temps, les bénévoles de Soignons Humain organisent des conférences et des rencontres pour informer les professionnels en questionnement sur le modèle d'auto-organisation dans les soins. Assez vite, des infirmier(e)s montrent leur intérêt à vouloir constituer les premières équipes.

Deux regroupements naissent dans les Hauts de France en 2017 et les professionnels choisissent d'exercer dans une modalité juridique existante : celle du centre de soins.

Après quelques mois de pratique, deux constats positifs apparaissent :

- Une qualité de vie au travail retrouvée des soignants qui s'épanouissent dans l'exercice de leur métier en retrouvant du sens à leurs actions,

-
- Des patients satisfaits de la qualité des soins et de la relation mise en place par l'équipe.

Néanmoins pour prendre le temps juste et nécessaire pour accompagner le patient dans son contexte de soins, les infirmiers rencontrent un frein majeur, celui de la cotation à l'acte normée dans le cadre de leur exercice professionnel. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne leur permet pas de faire reconnaître l'entièreté des soins réalisés : confort et bien être, techniques, relationnels, préventifs, éducatifs, palliatifs...

L'opportunité des articles 51 et d'une expérimentation nationale

En 2018, la loi de financement de la sécurité sociale introduit dans son article 51 un dispositif qui permet d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, associées à des modalités de financement inédites. Ces nouvelles organisations en santé doivent contribuer à améliorer l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins et le parcours patient [4].

Le ministère des solidarités et de la santé associé à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés (CNAMTS) proposent ainsi une opportunité pour tester de nouvelles approches qui dérogent aux règles de financement du droit commun avec une application possible dans tous les champs d'exercice du soin.

L'association Soignons Humain après rencontre avec des représentants du ministère, décide de déposer un appel à projet d'article 51. Inspiré par Buurtzorg et sa déclinaison en France, il propose d'expérimenter le travail en équipe d'infirmier(e)s autogérée, associé à une simplification de la règle de tarification des soins sur la base d'un tarif horaire.

L'association rentre alors en phase d'accélérateur de projet article 51 et rédige le cahier des charges de l'expérimentation ÉQUILIBRES (ÉQUIpes d'Infirmier(e)s LIBres Responsables et Solidaires). Le 19 juillet 2019, l'arrêté officiel relatif à l'expérimentation engage sa mise en œuvre à l'entrée du premier patient le 4 novembre 2019 pour 3 ans sur 3 régions.

L'expérimentation Équilibres

Équilibres repose sur 3 piliers :

- L'approche de soins holistique centrée patient et proches aidants
- L'autonomisation du patient et de son entourage aidant
- Le travail en équipe

Les infirmiers d'Équilibres posent le socle de leur prise en soin en prenant le temps qu'ils estiment juste et nécessaire pour chaque personne, dans son contexte de vie au moment où ils interviennent. Ils déclarent chaque jour de manière réelle, sincère et transparente, sur la base du rôle propre. Il favorise la définition du principe de confiance, le temps passé face à chaque patient afin de percevoir les honoraires correspondants. Ils s'appuient sur l'approche centrée sur la personne avec la mise en place d'une relation de qualité et de confiance instaurée dès la rencontre initiale. Ce temps d'écoute va leur permettre d'initier le recueil de données et d'élaborer le projet de soins multidimensionnel avec l'appui du référentiel Omaha System utilisé dans l'expérimentation [5]. Ce dernier permet aux soignants de rendre visible l'entièreté de l'accompagnement et des soins effectués à partir du rôle sur prescription et d'objectifs de soins dans un partenariat patient-aidant-soignant.

Le temps passé à considérer la personne permet une écoute réelle des besoins et agit comme un soutien moral. C'est ensuite un levier en vue de l'autonomisation de la personne soignée et/ou de son entourage proche en s'appuyant d'abord sur tous les réseaux informels de proximité (famille, voisinage, quartier, association), puis suivant les besoins sur le réseau formel de soin.

Les infirmiers cherchent à développer et/ou maintenir l'autonomie de chaque personne pour pouvoir ensuite se retirer lorsque cela est possible. Équilibres favorise ainsi la mise en œuvre de la prévention en santé dans toutes ses dimensions (primaire, secondaire et tertiaire) avec l'appui de l'éducation thérapeutique. Cette visée incite et motive les infirmiers à s'inscrire dans les schémas de coordination territoriaux pour faciliter l'accès aux soins. L'infirmier développe un rôle de référent qui favorise la qualité et la pertinence du parcours patient quel que soit son état de santé. Il peut ainsi faciliter le lien dans une approche pluri et interdisciplinaire avec ses collègues paramédicaux, médicaux et sociaux.

Dans Équilibres, le pilier du travail en équipe est développé de façon à apporter du soutien et prévenir le sentiment d'isolement en pratique libérale. Les infirmiers qui ont rejoint Équilibres se sont engagés en équipe de 3 ou 4 professionnels au moins (remplaçants y compris). La charte éthique qu'ils ont signée reprend l'ensemble des droits et devoirs de chacun dans le cadrage du projet ainsi que la raison d'être de l'expérimentation.

Chaque équipe est formée dans Équilibres au Omaha System, aux principes de l'auto-organisation et aux bonnes pratiques de coopération inter-personnes. Elles bénéficient de la référence d'un coordinateur de région et de l'accompagnement d'un facilitateur externe qui peut participer à leurs réunions. Il leur apporte soutien individuel et collectif

dans une visée de résolution des problèmes selon les principes de la posture orientée solution [6].

Des temps collectifs inter-équipe vécus en présentiel ou en distanciel (visios et réseau social interne) favorisent :

- Le développement de l'intelligence collective,
- Le soutien de pairs à pairs,
- Le partage d'expertise au bénéfice des soins apportés aux patients,
- L'analyse de pratiques,
- La mise en œuvre de nouvelles solutions ou de nouveaux projets,
- Le vécu des valeurs partagées...

Un parcours de formation complémentaire de développement personnel et professionnel de huit journées est également proposé. Intitulé Soignons Humain Académie, il favorise la compréhension des principes de l'auto-organisation et de la posture orientée solution au bénéfice du professionnel, de son équipe ainsi que des patients et des aidants.

Les équipes sont aussi soutenues et représentées par un comité de pilotage animé par l'association Soignons Humain (porteur du projet) qui interagit avec les représentants institutionnels.

Un comité éthique est né au cours de l'expérimentation. Il regroupe un représentant du Conseil de l'Ordre Infirmier, un représentant des patients, des infirmiers d'Équilibres et des membres du COPIL.

En pratique

Chaque infirmier qui rejoint l'expérimentation sur la base du volontariat s'engage en signant la charte éthique et ils adhèrent à la démarche proposée d'amélioration continue du projet.

Il/Elle signe aussi une convention tripartite CNAMTS-Soignons Humain et eux-mêmes. Elle leur assure le temps de l'expérimentation de ne pas être déconventionnés. Elle précise le principe et le circuit de paiement des soins dans le cadre du projet :

- Chaque infirmier déclare sur le Omaha System le temps réalisé chaque jour pour chaque soin face à chaque patient, sur la base d'un tarif horaire,
- Tous les 15 jours un fichier de facturation est transmis à la CNAMTS par le porteur de projet,
- Le paiement s'effectue directement auprès de chaque infirmier titulaire par virement sur son compte bancaire par la CPAM 75 (missionnée pour les articles 51 par la CNAMTS).

La tarification des soins sur la base d'un tarif horaire permet à l'infirmier de viser la simplification de son exercice. Il sécurise le professionnel et lui permet de faire reconnaître l'entièreté de sa pratique et de ses compétences. L'infirmier ne se questionne plus sur la complexité et les règles de codification de la tarification des soins. Le temps et la charge mentale libérés peuvent être réinvestis pour une meilleure qualité de vie au travail au bénéfice du patient.

Chaque équipe garde son entière indépendance et liberté dans la gestion de son exercice libéral (décisions, horaires et amplitude de travail, choix des patients...). Si elles

le souhaitent, sous 1 mois, les équipes peuvent sortir de l'expérimentation et revenir dans le système classique (NGAP).

La gestion des remplaçants et la rétrocession continue sur les mêmes modalités connues initialement. Le seul changement réside dans le fait que le remplaçant est désormais pleinement responsable de la tenue du dossier patient et de la validation de ses soins sur le référentiel de soins Omaha dans sa déclinaison numérique.

Quelques retours des infirmiers

Les infirmiers engagés dans Équilibres disent aujourd'hui que leur raison d'être est de :

Restaurer ou améliorer la santé et l'autonomie des patients en considérant les soignants dans leur rôle propre, les aidants et les enjeux publiques. Nous choisissons pour cela d'utiliser l'intelligence collective, de privilégier les rapports humains et de prendre le temps nécessaire pour atteindre cet objectif.

Ils se sentent soutenus, écoutés, valorisés. Ils peuvent se focaliser sur la pratique et le sens de leur métier et non sur le temps et la tarification.

Leurs compétences et expertises sont reconnues tout comme le développement de leur rôle propre via des formations complémentaires : éducation thérapeutique, clinique infirmière, consultation infirmière, diplôme universitaire de Soins Palliatifs, de prise en soins du diabète. Ils peuvent s'investir dans la coordination de territoire avec les différents acteurs et redonner toute sa place à la relation avec le patient.

Pour eux Équilibres vient aussi améliorer et garantir un accès aux soins, quel que soit le profil du patient. Il facilite son parcours de santé y compris dans un accès aux autres échelles du soin : lien ville-hôpital, parcours de soin coordonné. Ils constatent l'amélioration de l'état de santé, de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes qu'ils soignent.

« Équilibres : de la liberté et de l'autonomie pour décider ce qui est nécessaire et le plus adapté dans la prise en soin (passages, évaluations, accompagnements aux rendez-vous médicaux et sociaux... » Benjamin.E

« La prise en soin par un infirmier à domicile dans Équilibres prévient l'isolement social, les hospitalisations, l'entrée en institution. Elle favorise le maintien en santé des personnes âgées dans le respect de leur individualité et de leurs besoins. » Laurianne.D

Ils envisagent alors de pouvoir perdurer dans le métier. De plus jeunes professionnels sont amenés à les rejoindre dans les équipes par attrait pour cette modalité d'exercice. Ce qui témoigne d'une forme d'attractivité retrouvée pour la profession.

« Équilibres m'a permis de juste rester infirmière, tout simplement » Baya.D

« Équilibres a permis de révéler la personne et le professionnel que je suis vraiment et au plus profond de moi » Yann.C

Conclusion

Après 3 ans d'expérimentation, Équilibres arrive aujourd'hui dans la phase de rendu des rapports d'évaluation qualitatifs et quantitatifs rédigés par le cabinet externe CEMKA

Eval (nommé par la CNAMTS et le ministère de la santé). Les patients et les infirmiers contribuent à répondre à des questionnaires et des entretiens sur leur vécu et ressenti. A partir des résultats et des conclusions, il appartiendra aux tutelles de prendre la décision d'une inscription dans le droit commun de cette nouvelle modalité d'exercice professionnel pour les infirmiers du domicile et d'en décliner le possible calendrier.

Tout changement de paradigme prend du temps, peut créer des résistances et faire peur. Il ne s'adresse pas forcément à tous les professionnels au regard des enjeux de responsabilité et d'engagement personnels induits par l'auto-organisation. Équilibres semble répondre à l'aspiration d'une partie des professionnels infirmiers. Chacun devrait pouvoir rester libre de décider pleinement de la manière dont il a envie d'exercer sa profession.

Références

[1] Alsac G, *De la Hollande aux équipes infirmières française*

[2] ibid Alsac G et Lacaze M *Accompagner les équipes d'Equilibres : le rôle du coach/facilitateur*

[3] Martin L, *A l'origine du burn out* (travaux du professeur D. Truchot), *L'infirmière libérale* magazine n°337 Juin 2017 (p58-60)

[4] Ministère de la Santé et de la prévention, *Expérimenter et innover pour mieux soigner Organisation et financement du système de santé*, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>

[5] Référence article Omaha System

[6] Ibid Lacaze M

Le Omaha System, un référentiel de soins multidimensionnel standardisé

Claire DUPONT - infirmière,

Nice (06) - claire.maria.dupont@gmail.com

Chrystèle LEMAN - infirmière, cadre de santé, formatrice, COPIL Équilibres

Wambrechies (59) - chrystele.leman@soignonshumain.fr

Mathieu NOCHELSKI - infirmier, cadre de santé, formateur COPIL Équilibres

Wambrechies (59) - mathieu.nochelski@soignonshumain.fr

Résumé

Le Omaha System est un référentiel de soins multidimensionnel standardisé d'origine américaine. Reconnu et validé, il est aujourd'hui utilisé à l'international et libre de droits. Sa déclinaison française est utilisée depuis 2019 dans l'expérimentation article 51 Équilibres pour les soins à domicile. Le Omaha System guide et organise le projet de soins par l'identification de problèmes, la construction de plans d'intervention. Sa spécificité est de permettre d'évaluer les résultats et mesurer l'efficacité des actions sur le plan de l'autonomisation. Il est un outil actuel pour améliorer la pratique clinique, la documentation et la gestion de l'information.

Mots clés : raisonnement clinique, projet de soins infirmiers, taxonomie, évaluation, autonomie, soins à domicile

Introduction

Dans le contexte de l'expérimentation Équilibres (article 51 CNAMTS-Ministère de la santé), les infirmiers libéraux engagés utilisent un nouveau référentiel de soins inédit en France : le OMAHA SYSTEM. Cette taxonomie de soins standardisée a été traduite en français en 2017 par une équipe Suisse de la Haute École de Santé de Vaud (HESAV). Dans cet article nous présenterons les origines, la philosophie, la classification proposée par le Omaha System et ses possibilités.

Historique et origine

Le Omaha System est un système de classification standardisé normalisé qui décrit de manière globale et complète les phénomènes de santé. Cette classification souple permet aux professionnels d'identifier les problèmes des patients et de mesurer l'efficacité des actions mises en place pour y répondre.

Le Omaha System a été mis au point par des infirmières de soins à domicile aux États-Unis entre 1975 et 1993. La direction de la Visiting Nurse Association (VNA) d'Omaha (Nebraska) souhaitait développer un système informatisé de dossier de soins. L'objectif était d'améliorer la gestion de l'information, la documentation, la pratique clinique et de créer un outil validé permettant une approche centrée patient, systémique et humaniste. Ils voulaient un référentiel au service d'une approche en santé intégrale, axé sur les personnes soignées et non sur les professionnels qui dispensent les soins et l'accompagnement.

Avant d'aboutir à sa version actuelle au début des années 2000, le Omaha System a bénéficié de plusieurs projets de recherche pour le développer, le valider et le fiabiliser.

Des études ont notamment été menées dans des états américains en comparant des suivis en santé avec l'outil Omaha System et des suivis sans [1] [2].

Il a été reconnu par l'American Nurses Association comme une terminologie normalisée pour la pratique infirmière en 1992 [3]. Il a ensuite été recommandé et retenu pour être utilisé en pluri et interprofessionnalité par les autres professions médicales, paramédicales et sociales par exemple dans l'État du Minnesota (2014) [4].

L'équipe fondatrice initiale a fait le choix de rendre ce système libre de droits. Elle demande cependant à ce que l'organisation du système ne soit pas modifiée et puisse s'appuyer sur les ouvrages ou le site de référence qui ont été publiés.

Le Omaha System est désormais utilisé dans de nombreux pays à l'international (Etats-Unis, Nouvelle Zélande, Brésil, Japon, Corée du Sud, Turquie, Hollande, Norvège, Suisse, France...). Plusieurs écoles de formation en santé initiale l'enseignent à leurs étudiants (Hollande, Suisse par exemple). Des équivalents des ordres professionnels de plusieurs pays l'ont reconnu comme un système adapté au suivi des patients [5]. C'est le cas par exemple en Hollande où il est devenu une norme nationale sous l'impulsion de l'approche en soins à domicile Buurtzorg tant pour le milieu du domicile, que pour le sanitaire ou le médico-social [6]. C'était d'ailleurs la volonté des fondateurs qui souhaitaient le rendre accessible au plus grand nombre quel que soit le lieu de pratique.

En 2014, le site officiel du Omaha System estimait à plus de 22 000 le nombre d'utilisateurs de ce référentiel de soins. Il n'est désormais plus possible d'estimer ce nombre au regard de la croissance d'utilisation. Même s'il peut s'utiliser de façon traditionnelle sur papier dans la réflexion, il a été de plus en plus intégré dans des systèmes d'information numérique.

Il a été traduit une première fois en français par des enseignantes chercheuses infirmières suisses de l'HESAV sous la conduite de Valérie Grenier Renoud à partir de 2017 [7]. En 2018, les co-fondateurs infirmiers de l'association Soignons Humain sont formés en France par les équipes de l'HESAV.

Dans la construction du modèle d'expérimentation Équilibres le choix est fait par l'équipe fondatrice d'intégrer le référentiel Omaha System dans un logiciel de suivi de soins. Pour cela, ils s'appuient sur le développement numérique proposé par la société Umanova et effectuent une mise à jour de la traduction pour la France à l'été 2020 [8].

Depuis novembre 2019, les 180 infirmiers en soins à domicile qui expérimentent Équilibres, utilisent au quotidien le référentiel Omaha System pour le suivi des patients. Ils sont d'ailleurs impliqués au quotidien dans l'amélioration continue de l'application et de son contenu.

Le but du Omaha System

Le Omaha System guide les soignants pour :

- Identifier le(s) problème(s) dans une approche multidimensionnelle par domaine,
- Construire le plan d'intervention,
- Évaluer les résultats et mesurer l'efficacité des actions.

En favorisant l'organisation des données, il les rend plus visibles donc plus facilement traitables et interprétables. Ce référentiel encourage à l'exhaustivité du recueil de données. Il permet de mettre en lumière et de reconnaître l'ensemble du travail réalisé par les professionnels de santé et sociaux. C'est un outil qui peut favoriser l'organisation du travail et le lien en équipes pluriprofessionnelles.

Pour les personnes qui bénéficient des soins et de l'accompagnement, le Omaha System invite les professionnels à développer avec elles une relation personnalisée dans une

vision holistique centrée sur la personne. C'est un outil qui cherche à valoriser et à stimuler le développement ou le maintien de l'autonomie dans un axe de partenariat patient-aidant-soignant. Les études réalisées lors de sa construction ont également pu démontrer le développement d'un meilleur état de santé par une approche préventive. Il favorise le maintien dans le lieu de vie de la personne soignée [9].

« Grâce au Omaha System le plan de soins est visible par toute l'équipe. Le logiciel augmente notre traçabilité et favorise la continuité des soins. Il permet une prise en soin holistique tant pour une personne que pour un système familial ou sociétal. Il valorise le raisonnement clinique infirmier et permet l'évolution des pratiques infirmières et des plans de soins. Il permet la visibilité des résultats (autonomisation ou résolution des problématiques de santé) et pousse à agir par une approche centrée sur les besoins de la personne. » J. Horte IDEL Équilibres Clinicien certifié, consultant en ETP et repérage de la fragilité, DU Diabète

Le cadre organisationnel du Omaha System

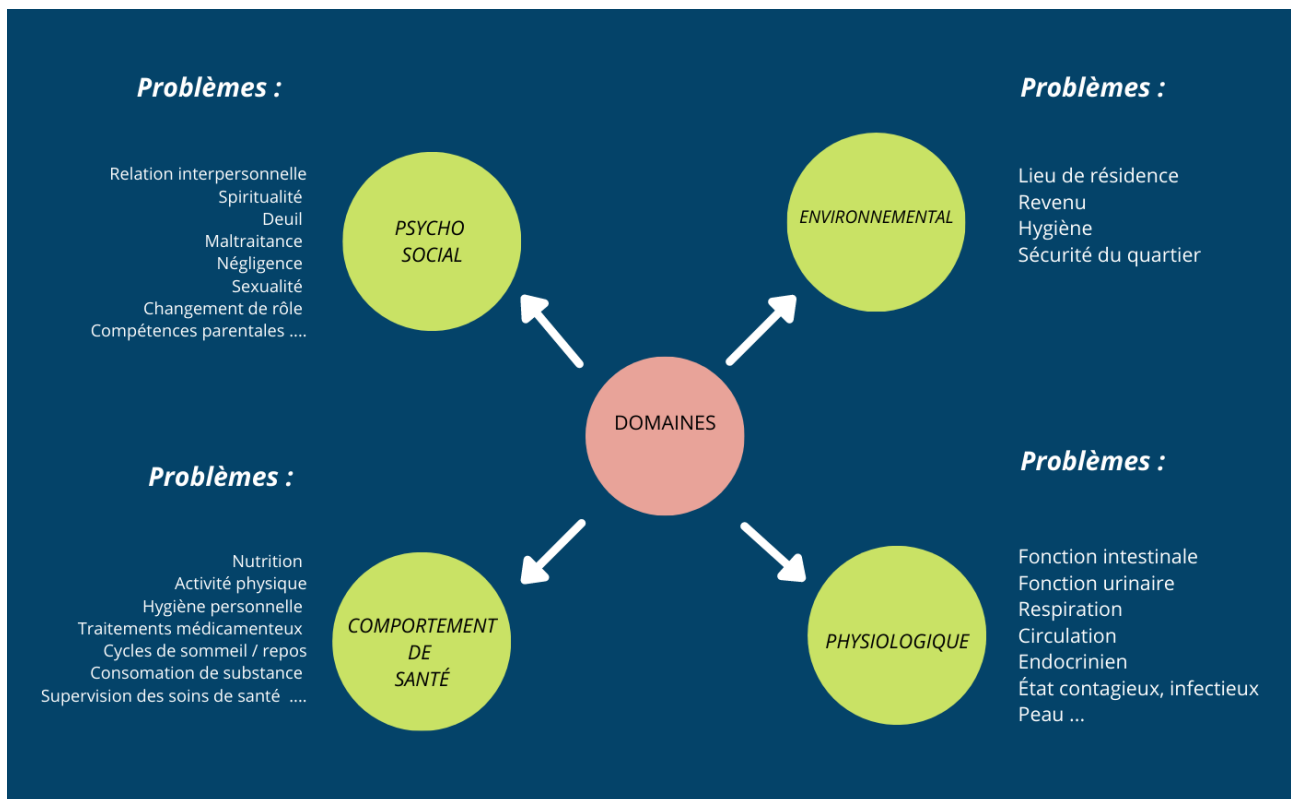
Pour initier le projet de soins en format Omaha System, l'infirmier(e)s doit tout d'abord réaliser un recueil de données exhaustif et multidimensionnel qui tient compte des composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles comme préconisé par le Code de la Santé publique quand ils se rapportent à la définition des soins infirmiers (R4311-2). Le Omaha System ne propose pas de modèle type de recueil de données car il estime que les professionnels sont en capacité de recueillir les informations utiles et nécessaires à la prise en soins. Dans le cadre de l'expérimentation Équilibres, un modèle de recueil de données construit par les infirmiers a été intégré à la version numérique. Une fois celui-ci réalisé, les professionnels identifient les problèmes selon une classification déterminée.

La classification des problèmes

Le système de classification des problèmes est organisé à l'aide de quatre niveaux comme suit :

- Niveau 1 : Domaines,
- Niveau 2 : Problèmes,
- Niveau 3 : Indicateurs,
- Niveau 4 : Signes et symptômes.

Quatre domaines sont potentiellement identifiables dans le Omaha System :



environnemental (environnement de vie ou de travail), physiologique, psychosocial et comportements de santé.

La classification des problèmes dans le Omaha System

(Dupont C. pour Soignons Humain 2022)

Quarante-deux problèmes possibles sont ensuite répartis dans ces 4 domaines. Pour chaque problème identifié le professionnel est ensuite invité à préciser deux indicateurs:

1° Qui est concerné par le problème ? L'individu, la famille ou la communauté

2° Le problème est-il ? Actuel, potentiel ou s'agit-il d'un problème en lien avec la promotion de la santé ?

Le Omaha System dispose ensuite dans sa base de données d'une sélection de signes et symptômes relatifs au problème identifié. L'infirmier(e) peut donc s'appuyer sur ce thésaurus pour valider les signes présentés par le patient ou la famille. Il peut toujours l'enrichir et le personnaliser en ajoutant une description complémentaire. Cette liste proposée n'occulte pas la réflexivité du soignant, elle permet au contraire de la structurer et de l'enrichir.

The screenshot shows a web application window titled "Détails du problème - ALAIN Guy". At the top right, there is a box for "Patient concerné (nom d'emprunt)". Below the title, there are "Annuler" and "Enregistrer" buttons. The main content area is titled "Détails du problème" and is divided into three sections:

- Domaine:** A list of four domains: Environnemental, Psychosociale, Physiologique, and Comportements de santé. A box labeled "4 Domaines possibles" points to this list.
- Indicateur 1:** A list of three options: Individuel, Familial, and Communautaire. A box labeled "Indicateur 1 Qui est concerné ?" points to this list.
- Indicateur 2:** A list of three options: Potentiel, Actuel, and Promotion de la santé. A box labeled "Indicateur 2 Le problème est-il ?" points to this list.
- Signes et Symptômes:** A section with a link icon and a text input field. A box labeled "Sélection des signes et symptômes observés en lien avec le problème" points to this section.
- Autre/Description:** A text input field for additional information.

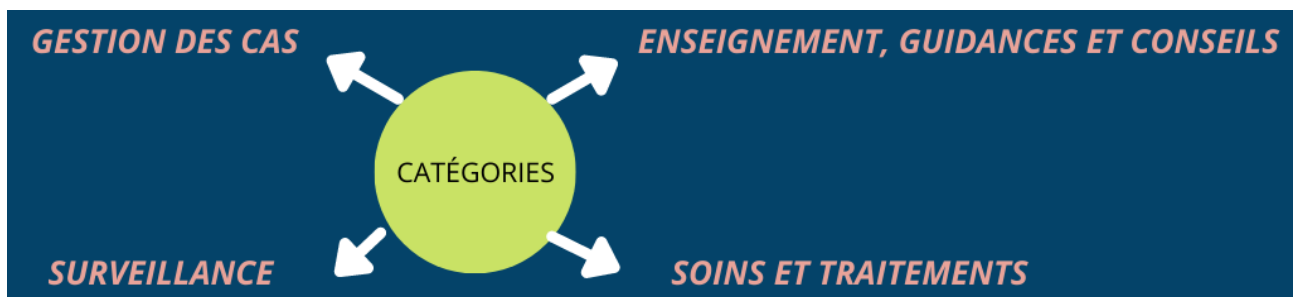
*La classification des problèmes sur l'application Omaha System Équilibres
(Umanova-Soignons Humain)*

La mise en place des plans d'intervention

Le Omaha System fournit une structure, un langage et un système de signes et d'indices qui aident les infirmiers à classer, documenter, analyser et communiquer leurs actions, leurs activités de sorte à ce qu'elles soient centrées sur les patients.

Le plan d'intervention est organisé de la façon suivante :

- Niveau 1 : Catégories
- Niveau 2 : Priorités
- Niveau 3 : Informations spécifiques du patient



Les catégories d'intervention dans le Omaha System

(Dupont C. pour Soignons Humain 2022)

Une fois la catégorie sélectionnée, il convient de sélectionner les priorités d'intervention, elles sont au nombre de 75, chacune se retrouve dans chaque catégorie. Quelques exemples de priorités d'intervention : entretien de la relation d'aide, éducation thérapeutique, soins vésicaux, diététique, palliatifs, stimulation à la marche, administration de thérapeutique... Ces priorités s'adressent autant à des professionnels infirmiers, qu'à d'autres professions médicales, paramédicales, médico-sociales, sociales... Le soignant peut ensuite ajouter une description précise et exhaustive de l'intervention réalisée.

Formulation des objectifs et évaluation des résultats obtenus

Pour chaque problème documenté, l'infirmier peut ensuite formuler des objectifs d'atteinte de résultats sur trois composantes concernant la personne accompagnée :

- Son état de santé (en lien avec le problème identifié)
- Ses connaissances (sur le problème de santé concerné)
- Son comportement face au problème de santé rencontré

L'échelle est un cadre d'évaluation complet, systématique et périodique conçu pour mesurer les progrès des patients en lien avec des problèmes de santé spécifiques.

Chaque échelle comporte un niveau de cotation graduel de 1 à 5 :

- Pour l'état de santé le chiffre 1 correspond à « signes graves » et le 5 à « aucun symptômes »
- Pour les connaissances le chiffre 1 correspond à « aucune connaissance » et le 5 à « excellentes connaissances »
- Pour le comportement le chiffre 1 correspond à « inapproprié » et le 5 à « conscient et approprié »

L'infirmier effectue autant que possible dans un partenariat patient-soignant une mesure à la première réalisation du projet de soins Omaha. Ils fixent ensuite ensemble les objectifs à atteindre. Ils peuvent s'ils le souhaitent dans la déclinaison numérique d'Équilibres déterminer une période de réévaluation des résultats obtenus. Cette approche rend le projet de soins Omaha System dynamique dans sa mise à jour.

Évaluation et objectifs

<p>Etat</p> <p>Signes et symptômes important</p> <p>1 2 3 4 5</p>	<p>Connaissances</p> <p>Faible Connaissances</p> <p>1 2 3 4 5</p>	<p>Comportement</p> <p>Comportement rarement approprié</p> <p>1 2 3 4 5</p>
--	--	--

Résultat attendu Détails

<p>Etat attendu</p> <p>Aucun Signes et symptômes</p> <p>1 2 3 4 5</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>	<p>Connaissance attendue</p> <p>Excellente Connaissances</p> <p>1 2 3 4 5</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>	<p>Comportement attendu</p> <p>Comportement conscient approprié</p> <p>1 2 3 4 5</p> <div style="border: 1px solid #ccc; height: 50px; margin-top: 5px;"></div>
---	---	--

Date prévue pour la réévaluation

Les évaluations de résultats sur l'application Omaha System Équilibres

(Umanova-Soignons Humain)

Conclusion et perspectives

Le Omaha System optimise l'organisation de soins, favorise la personnalisation de la relation soignant-soigné et valorise tant la considération humaine que l'autonomie du patient en reconnaissant l'entièreté du champ de compétences de l'infirmier. Il s'appuie pour cela sur un recueil de données exhaustif et multidimensionnel, la classification des problèmes actuels et potentiels du patient et l'élaboration de plan(s) d'intervention(s) associés à la cotation d'échelles des résultats obtenus.

Le Omaha System ne se résume pas à une liste de mots mais en un guide qui conduit la réflexion, pour identifier les éléments prioritaires à mobiliser avec la personne soignée, en vue de l'amélioration et/ou du maintien de son état de santé. C'est un outil d'aide et de développement du raisonnement clinique de l'infirmier.

Conçu par et pour des infirmiers, mais aussi dans une visée pluriprofessionnelle, c'est un outil facilitant la mise en place de plans de soins adaptés aux besoins des patients. Il invite à la formalisation de chemins cliniques. Cette taxonomie favorise de plus l'autonomie du patient et son empowerment.

Dans le cadre de l'évaluation externe de l'expérimentation Équilibres (article 51) utilisatrice du référentiel, il sera intéressant d'observer les conclusions notamment sur les questions de l'autonomie des patients et des résultats obtenus, pour identifier le soutien qu'apporte le Omaha System dans la pratique soignante en France à domicile.

Une autre perspective s'ouvre aussi actuellement vers l'utilisation du Omaha System par les étudiants en formation initiale dans les IFSI comme outil pédagogique de soutien à l'apprentissage du raisonnement clinique. Il ne remplace pas le cheminement de construction intellectuel de l'étudiant dans la formalisation du projet de soins mais il vient apporter un cadre soutenant et structurant qui facilite la compréhension du raisonnement. Il ouvre aussi les futurs professionnels à l'appropriation du rôle propre au-delà de l'application de la prescription médicale. Plusieurs étudiants dans les Hauts de France et en Occitanie ont déjà d'ailleurs pu bénéficier lors de leurs stages à domicile de l'utilisation de l'outil lorsqu'ils travaillaient avec des infirmiers d'Équilibres. Un premier IFSI de la métropole lilloise (IFSI Ambroise Paré Mons-en Baroeul) a aussi demandé l'intégration de l'outil dans sa version numérique afin de l'utiliser avec les étudiants.

"Le raisonnement clinique a été ma difficulté en première et deuxième année. Si j'avais eu ce logiciel et cet outil, rien qu'avec les problèmes de santé, d'intervention que nous pouvons choisir en lien avec le patient, c'est plus simple pour le cheminement de raisonnement clinique...ça me permet de mieux comprendre et mieux mémoriser...ça

met plus en valeur pour nous étudiant le raisonnement clinique et c'est plus simple que l'outil habituel ». Marion étudiante infirmière 3ème année

« Le Omaha System m'a permis de mieux comprendre et d'intégrer le raisonnement clinique infirmier. » Étudiante infirmière 2ème année

Références

- [1] Martin KS. *The Omaha System: Past, present, and future*. 51999, Winter). Online Journal of Nursing Informatics, 3(1), 1-6. Disponible sur le lien suivant http://ojni.org/3_1/art1v3n1art.html. (consulté juin 2022)
- [2] The Omaha System References <https://www.omahasystem.org/references> (consulté juin 2022)
- [3] American Nurses Association (ANA). (2015). *Nursing informatics: Scope and Standards of Practice, 2nd Edition*. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
- [4] The Omaha System, site officiel – *Recognition/Electronic Health Records* <https://www.omahasystem.org/> (page consultée mai 2022) et Garvin, Jennifer Hornung. *Omaha System: Coded Data That Describe Patient Care*, Journal of AHIMA 79, no.3 (March 2008): 44-49.
- [5] The Omaha System, site officiel – *Users* <https://www.omahasystem.org/> et *FAQ* <https://www.omahasystem.org/faq> (pages consultées mai 2022)
- [6] Fondation de soutien du système Omaha – Hollande <https://www.omahasystem.nl/over-omaha-system/> et <https://www.omahasystem.nl/over-omaha-system/waarom-het-omaha-system/> (pages consultées juin 2022)
- [7] Marques EC., Grenier-Renoud V., Sobral G. (2021à). *Omaha system - Une taxonomie standardisée*, RMS Edition - Haute Ecole de Santé Vaud.
- [8] LEMAN C et NOCHELSKI M, *EQUILIBRES une initiative pour les soins à domicile*
- [9] Garvin, Jennifer Hornung. "Système Omaha : données codées décrivant les soins aux patients" Journal of AHIMA 79, no.3 (mars 2008) : 44-49.

Accompagner les équipes d'Équilibres :

Le rôle du coach/facilitateur

Mathilde LACAZE - coach/facilitatrice,

Cambo-Les-Bains (64) - mathilde.lacaze@soignonshumain.fr

Laurence VILLALONGA - coach/facilitatrice,

Wambrechies (59) - laurence.villalonga@soignonshumain.fr

Résumé

Le rôle de coach/facilitateur pourrait être illustré par l'image d'un compagnon de route, avec qui les infirmiers randonnant sur le chemin Équilibres marchent, partagent, s'interrogent, cherchent leur route... Il les soutient dans le fait de ne pas perdre le cap afin d'atteindre leurs objectifs. Là où les infirmiers sont les experts de la prise en soin, le coach/facilitateur est l'expert du comment faire mieux en équipe ? Comment mieux coopérer ?

Mots clés : Coaching, Équipe autogérée, coopération, prise de décision, autonomie

Introduction

L'expérimentation Équilibres repose sur 3 piliers : le soin holistique, l'autonomisation du patient et l'équipe. Ces trois piliers font émerger un nouveau rôle dans le système : celui du coach/facilitateur. Aussi, afin de présenter ce rôle et son intérêt pour les infirmiers, il est proposé de revenir sur l'origine de ce modèle, de comprendre le cadre de l'auto-

organisation pour ensuite, expliciter le rôle et les missions du coach/facilitateur et enfin, observer la maturité de l'écosystème Équilibres en termes d'auto-organisation.

« *La coopération est l'art de vivre dans le désaccord* »

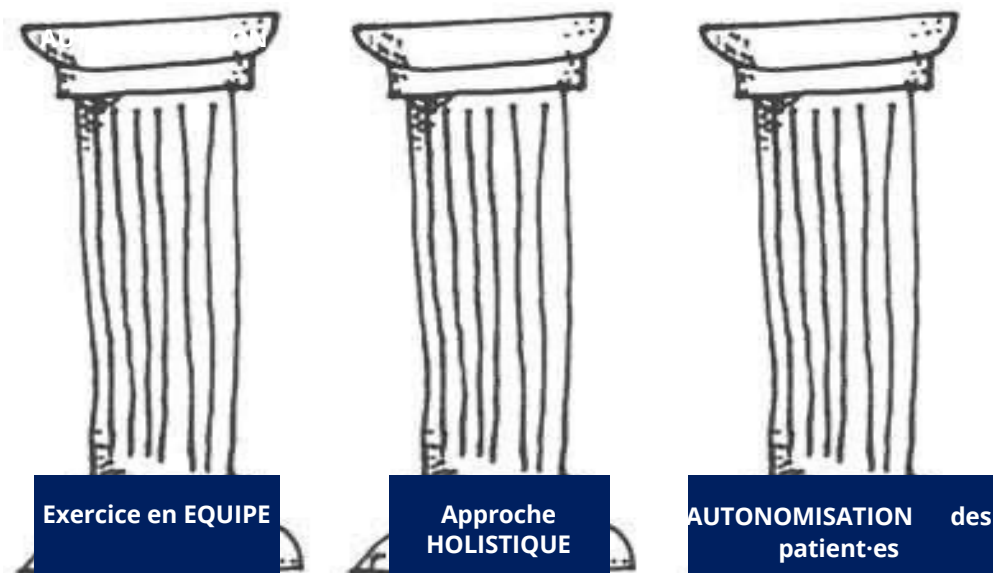
Richard Sennett

L'équipe, l'un des 3 piliers d'Équilibres

Comme précédemment évoqué, l'expérimentation Équilibres est largement inspirée par Buurtzorg, organisation de soins infirmiers à domicile aux Pays-Bas. Buurtzorg a adopté un mode d'organisation qui semble le plus propice pour proposer une haute qualité de soins tout en favorisant le bien-être des soignants et minimiser les dépenses de santé : l'auto-organisation ou *self-management* en anglais.

Or, ce mode d'organisation du travail n'est pas celui le plus répandu : encore aujourd'hui, le système de management hiérarchique restant la norme dans la plupart des entreprises. Il semble donc nécessaire de comprendre en quoi l'auto-organisation diffère de ce que l'on connaît, quels changements à la fois personnels, collectifs et au niveau de l'organisation, il engage. Depuis 10 ans, Buurtzorg expérimente l'auto-organisation avec l'aide et l'appui d'experts, que sont notamment Astrid Vermeer et Ben Wenting[1]. Ils en ont formalisé une approche appelée « méthode d'interaction orientée solutions », à la fois proposant une posture spécifique et des outils concrets, regroupés en anglais sous le titre de Solution Driven Method of Interaction (*SDMI*). Cette approche ainsi que les nombreuses expériences d'accompagnement d'équipes d'infirmiers sont précieuses pour celles et ceux qui souhaitent à leur tour expérimenter ce mode d'organisation du travail. L'auto-organisation nécessite d'être adaptée et déployée en considérant les spécificités culturelles, sociales du territoire et de l'organisation souhaitant la mettre en place.

L'association Soignons Humain, à l'initiative du projet Equilibres, est convaincue que l'auto-organisation est l'une des clés pour tendre vers un système de santé permettant de délivrer les meilleurs soins possibles au domicile, en préservant la qualité de vie des soignants et avec un coût sociétal le plus ajusté.



Ainsi, Équilibres propose aux infirmiers engagés dans l'expérimentation un *exercice en équipe* visant la mise en œuvre de l'auto-organisation [2]. Pour cela, les professionnels s'engagent à suivre des formations et à tenir régulièrement des réunions d'équipes. Afin de les soutenir dans cette transformation, chaque équipe dispose d'un coach/facilitateur référent. Nous allons voir dans les prochains paragraphes le rôle de ce professionnel.

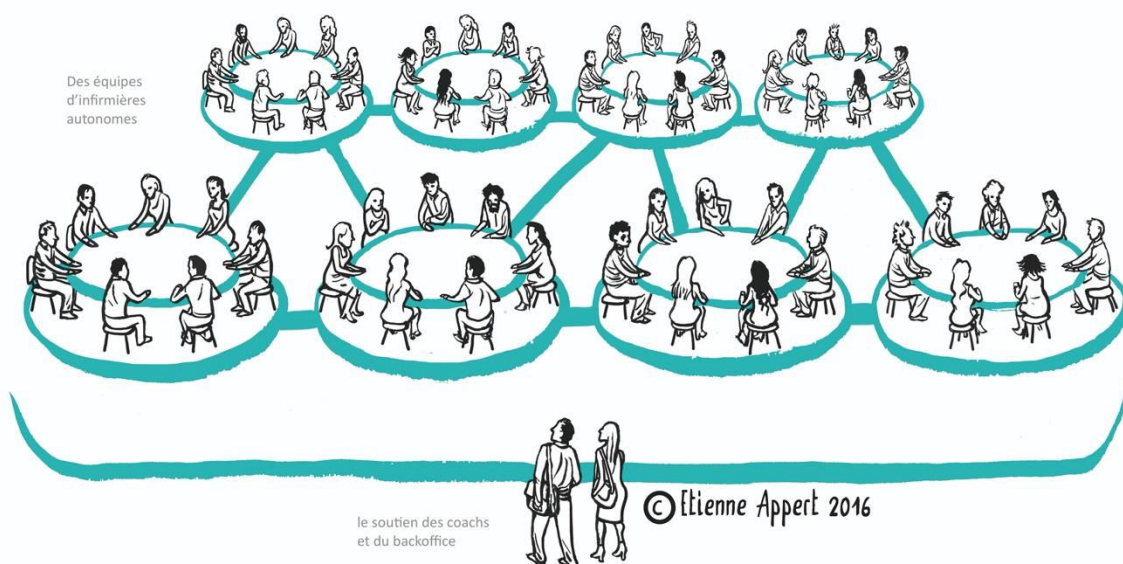
Auto-organisation : de quoi parle-t-on ?

L'auto-organisation ou *self-management* est l'une des 3 caractéristiques de ce que Frédéric Laloux appelle les organisations *Opale*. Des traditionnelles hiérarchies pyramidales et possiblement bureaucratiques, l'auto-organisation propose des *systèmes*

fluides et efficaces d'autorité distribuée et d'intelligence collective [3]. Ce mode d'organisation serait le plus efficient dans un monde complexe. Et qui dit complexité, implique qu'il y a autant de modalités d'auto-organisation qu'il y a d'organisations auto-organisées.

Aussi, nous nous centrons ici sur l'auto-organisation telle qu'elle est déployée par Buurtzorg.

Dans une organisation autogérée, ce qui compte le plus est la raison d'être (également appelé Mission, ou encore processus primaire) de l'entreprise. Ce pour quoi l'organisation a été fondée, détermine qui gère quoi et à quel niveau. [...] La direction établit le cadre à l'intérieur duquel les équipes ont la liberté de prendre les décisions qui leur semblent adaptées. [...] Dans une organisation autogérée, la responsabilité finale des résultats à atteindre incombe aux équipes. La responsabilité s'exerce collectivement, de façon solidaire, et non à titre individuel. Chaque membre de l'équipe rend des comptes à l'équipe qui a un rôle d'(auto)contrôle. [...] Les services support et les coachs d'équipe facilitent le travail des équipes et les soutiennent pour atteindre leurs objectifs [4][5].



Source : Laloux F. Reinventing Organizations, La version résumée et illustrée du livre phénomène qui invite à repenser le management, Les Éditions Diéteino, 2017 : 64

La clé d'un tel système est la confiance. C'est elle qui détermine le niveau d'auto-gestion du système et des équipes.

Voici quelques principes de bases pour travailler en auto-gestion :

- L'équipe partage une vision, des valeurs et des objectifs communs et co-construits ;
- Co-responsabilité : chacun est co-responsable des résultats de son équipe ;
- Il n'y pas de hiérarchie dans l'équipe ;
- L'équipe prend ses propres décisions dans le cadre donné et/ou convenu, par consentement (voir l'encadré pour la définition) ;
- Attitude coopérative, prête à céder - à s'aider : *cela signifie que les membres de l'équipe respectent leurs différences, sont prêts à s'investir et, en même temps, à ne pas dépasser leurs propres limites* [6] ;
- Communiquer en étant orienté solution : *afin que l'équipe ne soit pas bloquée par des difficultés, mais puisse conclure des accords qui vont lui permettre d'aller de l'avant* [6].
- Utiliser la méthode des réunions d'équipes SDMI : afin de s'assurer que les décisions sont prises par tous les membres de l'équipe ; avoir une bonne réunion d'équipe est donc l'un des piliers sur lesquels repose une équipe en autogestion ;
- Les membres de l'équipe prennent soin les uns des autres et chacun est prêt à contribuer aux tâches (en fonction de ses compétences) ;
- Les rôles sont répartis et peuvent tourner au sein de l'équipe
- Les membres s'auto-évaluent les uns les autres, et évaluent eux-mêmes le fonctionnement de l'équipe ;
- Feedbacks : chacun est capable de demander, donner et recevoir des feedbacks ;
 - L'équipe est accompagnée collectivement et individuellement par un coach/facilitateur qui n'a pas de lien hiérarchique avec les membres de l'équipe.

Zoom sur le consentement

Dans un processus de prise de décision par consentement mutuel, les propositions sont exposées et expliquées. Elles sont ensuite améliorées et ajustées par les membres de l'équipe qui vont ainsi exprimer leurs objections ainsi que les solutions ou conditions qui permettraient de lever ces objections. Ainsi, au fur et à mesure de la discussion et en s'appuyant sur un processus d'intelligence collective permettant à chacun de s'exprimer et de contribuer, les propositions sont bonifiées. La solution adoptée sera celle pour laquelle il n'y a plus d'objection exprimée.

GESTION PAR CONSENTEMENT



Source : [Université du Nous](https://www.universitedunous.fr/) © (CC)-BY-SA

Les autres modes de décision traditionnels



Source : Laloux F. Reinventing Organizations, La version résumée et illustrée du livre phénomène qui invite à repenser le management, Les Éditions Diatino, 2017 : 68

Un nouveau rôle : celui de coach / facilitateur

Définition et rôles

Le coach chez Buurtzorg : *[Les] équipes peuvent faire appel au coach pour obtenir une explication et une mise en application des cadres, traduire la politique organisationnelle en une mise en œuvre pratique, ou encore pour des questions sur la composition de l'équipe et la résolution des désaccords. De plus, le coach peut prendre l'initiative de soulever des problèmes qui font obstacle aux réalisations de l'équipe. Mais... il ne prend pas de décision. Cela fait partie de la compétence de l'équipe. (...)*

En bref, la tâche du coach peut être résumée par « soutenir l'équipe ». De manière sollicitée, ou non sollicitée.

(...) Afin de soutenir l'équipe, le coach doit procurer un environnement rassurant dans lequel l'équipe se sent à l'aise de poser toutes les questions et de discuter des erreurs. Les membres

de l'équipe peuvent se sentir en sécurité lorsqu'ils ne sont pas jugés. C'est l'une des tâches les plus importantes du coach : aider sans juger [6].

Le coach/facilitateur chez Équilibres : en France, le titre de coach professionnel a une représentation bien particulière, notamment définie par l'International Coaching Federation (ICF), l'European Mentoring and Coaching Council (EMCC) France ou la Société Française du Coaching (SFCoach)[7]. Or, au sein de l'écosystème Équilibres, le coach/facilitateur est un rôle qui s'inspire du coach Buurtzorg, avec des différences notables par rapport au coach professionnel tel qu'on l'entend en France ; d'où le choix conscient d'un terme différent.

Le coach/facilitateur Équilibres met en place un accompagnement individuel et collectif ajusté aux besoins de chaque équipe dans le but de les soutenir dans ce qu'ils vivent au quotidien, entre eux, avec leurs patients, leurs aidants et leurs partenaires. C'est aussi les soutenir dans la co-construction et la formalisation de leur cadre d'équipe, conformément au cadre défini par Équilibres, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et le Ministère des Solidarités et de la Santé. Le coach facilitateur est en position de médiateur en cas de tensions et de conflits. Il est un appui à la réflexion pour une amélioration de la qualité des soins, le développement de l'équipe, etc.

Le coach/facilitateur est une ressource clé pour l'équipe qui est sur le chemin de l'auto-organisation.

Comment fait-il ?

Par la qualité de sa présence, la pertinence de ses questions et du moment où il les pose et le recul que lui permet son regard extérieur. Le coach/facilitateur est expert et

formateur sur le processus de coopération et la méthode d'interaction orientée solutions.

Tout l'enjeu est dans la posture que ce rôle implique. Elle peut être définie par les éléments suivants :

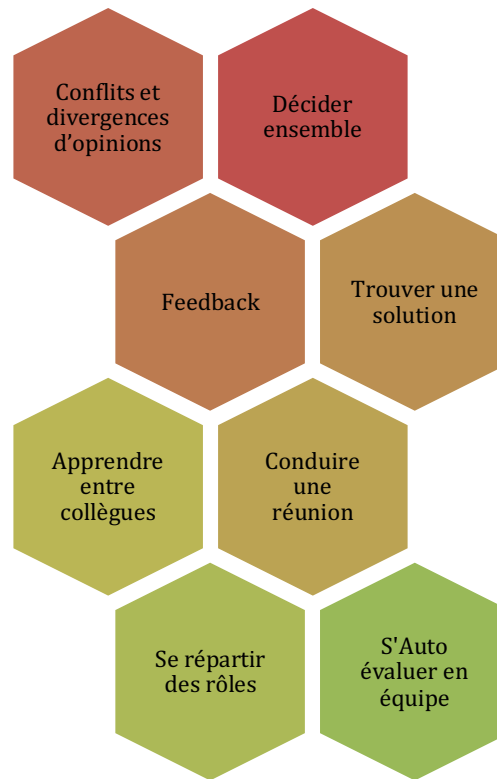
- Être capable de méta-communiquer, c'est-à-dire de distinguer de qui relève du contenu et du processus. Buurtzorg parle d'avoir une vue d'ensemble, comme depuis un *hélicoptère* ;
- Savoir faire preuve de patience : *un coach ne peut réussir avec un groupe que s'il suit le rythme de ce dernier et cela nécessite parfois beaucoup de patience [8].*
- Ne pas juger : porter un regard inconditionnel positif sur chaque membre de l'équipe ;
- Porter une même qualité d'écoute et d'attention auprès de chaque membre de l'équipe : considérer chaque membre de la même façon.

Le coach/facilitateur utilise la méthode et les outils SDMI dans le cadre de ses interventions auprès de l'équipe. Il commente et explique au fur et à mesure le processus utilisé pour faire monter en compétences et en autonomie les membres de l'équipe : *learning by doing* ou apprentissage par la pratique.

“Si une équipe a des questions sur quoi que ce soit, elle peut toujours faire appel au coach. Parfois, ce dernier devra rediriger l'équipe vers l'expert qui saura répondre à la question, mais la plupart du temps il sera en mesure d'aider l'équipe en posant les bonnes questions, en fournissant des conseils et des façons de trouver des solutions.

C'est principalement avec sa méthode de travail et non pas sa contribution en termes de contenu qu'il pourra encourager les membres de l'équipe à apprendre à travailler mieux en autogestion. Par méthode de travail, nous entendons la façon et le moment où il pose des

questions ou donne des conseils, et la manière dont il s'adresse au groupe dans son ensemble ou à un membre individuel de l'équipe" [9].



Thématiques et outils de la méthode SDMI

Quels intérêts pour les infirmiers ?

Voici quelques témoignages d'infirmiers d'Équilibres à propos des coachs/facilitateurs :
« Notre coach/facilitateur a une posture très adaptée : il nous a aidé à trouver des solutions en équipe en nous questionnant » ou encore « Équilibres ça a changé le travail d'équipe. Nous sommes tous dans cet esprit de faire mieux. Nous travaillons beaucoup plus en équipe, nous nous posons beaucoup de questions pour aller le plus loin possible et pour faire évoluer le patient. Pour ça nous sommes accompagnés par les équipes de Soignons Humain et c'est génial parce qu'ils sont toujours là, ils nous valorisent, nous font confiance. C'est très

important car bien souvent dans le libéral nous sommes seuls et de ne plus se sentir seul ça fait que nous donnons plus. » Enfin, « Équilibres et le coach nous apparaissent comme un accélérateur de performances, d'initiatives et d'émancipation. Le leadership bienveillant dans le travail d'équipe pousse à renforcer et rassurer légitimement en mettant en avant notre expertise. »

Équilibres, un écosystème à 2 vitesses pour la mise en œuvre de l'auto-organisation

L'écosystème Équilibres, ce sont 33 équipes d'infirmiers engagés dans l'expérimentation. Une grande majorité d'entre eux ne connaissait pas l'auto-organisation et ses principes avant de rentrer dans le projet. L'auto-organisation n'est pas un prérequis pour entrer dans l'expérimentation Équilibres. A contrario, pour les 7 centres de santé Humanisoins, l'auto-organisation est un fondement de leur équipe, depuis leur création, et elle est le mode d'organisation en place. Aussi, les coach/facilitateurs accompagnent de manière très différente les équipes : d'un côté celles qui découvrent l'auto-organisation, de l'autre celles qui la pratiquent depuis déjà quelques années.

L'auto-organisation au sein des centres de santé Humanisoins : le coach/facilitateur en soutien aux problématiques quotidiennes

Dans les centres de santé Humanisoins, les infirmiers, salariés, ont été formés aux principes de l'auto-organisation lors de leur arrivée au sein de la structure. Pour beaucoup d'entre eux (sauf les nouveaux venus), ils ont donc une pratique déjà avancée de l'auto-organisation. Pour eux, le rôle du coach/facilitateur semble bien identifié et ils n'hésitent pas à le solliciter en fonction de leurs besoins. De la même manière, le fonctionnement au sein des équipes Soignons Humain a instauré la tenue régulière de

réunion d'équipe ainsi que la visite du coach/facilitateur lors de certaines de ces réunions.

L'auto-organisation au sein des cabinets libéraux : le coach/facilitateur en soutien sur le chemin vers l'auto-organisation

Pour les 23 équipes qui ne connaissent pas l'auto-organisation, c'est un changement de paradigme profond qui leur demande de la disponibilité, de l'envie et de la motivation... Le coach/facilitateur est là, tel un jardinier prenant soin de son écosystème pour travailler la terre délicatement, semer les graines de la coopération en équipe et de la méthode d'interaction orienté solutions. Il doit impérativement respecter le rythme de l'équipe. La bascule en mode Équilibres se vit, dans un premier temps, par un changement de paradigme au niveau du métier infirmier avec l'apprentissage et l'adoption du système Omaha et des principes de soins holistiques et d'autonomisation du patient. Le paradigme relevant de l'exercice en équipe est, pour le moment, la dernière marche à franchir (et pas la moindre).

2 niveaux de maturité en termes d'auto-organisation qui cohabitent au sein d'un même écosystème : une dynamique riche d'apprentissages pair-à-pair !

La cohabitation, au sein d'un même écosystème, de ces équipes au niveau de maturité d'auto-organisation très différent est une vraie richesse pour leurs membres. C'est bien à travers les échanges entre pairs et lors des rencontres proposées dans le cadre d'Équilibres que les équipes prennent la mesure de ce qu'implique le chemin vers l'auto-organisation. Les coach/facilitateurs sont des ressources clés pour soutenir l'exploration vers l'auto-organisation et permettre aux équipes de monter en compétences sur ces sujets.

Conclusion

Aujourd'hui, notre écosystème Équilibres est mature pour engager la transformation profonde que demande l'auto-organisation : un changement de paradigme à titre individuel, au sein des équipes et au niveau de notre système. Pour soutenir cette dynamique de changement, les coach/facilitateurs sont présents auprès des équipes, en répondant à leurs sollicitations et parfois aussi en proposant de venir rendre visite aux équipes. En complément, l'association Soignons Humain a conçu un parcours de formation, pour tout professionnel de santé volontaire : la Soignons Humain Académie, qui vient soutenir cette transformation... pour « *repanser* la santé par l'humain », bien sûr.

Référence

[1] Fondateurs de *l'Instituut voor Samenwerking Vraagstukken* que l'on peut traduire par l'Institut de la coopération

[2] Extrait de la Charte Équilibres

[3] Laloux F. *Reinventing Organizations*, La version résumée et illustrée du livre phénomène qui invite à repenser le management, Les Éditions Diateino, 2017 : 55

[5] Vermeer A. et Wenting B., « Coaching des équipes auto-gérées : comment s'y prendre ? » , Bohn Stafleu van Loghum / Springer Nature : 24

[6] Vermeer A. et Wenting B., « Coaching des équipes auto-gérées : comment s'y prendre ? » , Bohn Stafleu van Loghum / Springer Nature : 15-16 ; 25-26

[7]<https://www.coachfederation.fr/icf-france/parteneriat-icf-france-emcc-france-et-sf-coach-autour-dune-communication-commune-sur-le-coaching>

[8] Vermeer A. et Wenting B., « Coaching des équipes auto-gérées : comment s'y prendre ? » , Bohn Stafleu van Loghum / Springer Nature : 31 ; 27

Équilibres en libéral, Retour à l'Équilibre

David BALESSE - infirmier à domicile

Wattrelos (59) - david.balesse@icloud.com

Résumé

Le programme Équilibres, Article 51, organisé selon un exercice infirmier en libéral redonne un souffle aux professionnels. Dans ce nouveau mode organisationnel en équipe et ce nouveau mode de facturation simplifié et basé sur la confiance envers les infirmiers, chacun s'y retrouve, patients et soignants pour une qualité de vie meilleure pour tous.

Mots clés : Équilibre, qualité de vie, esprit d'équipe, soutien, exercice libéral

Introduction

J'ai toujours en mémoire ce jour de juillet 2019 où l'on m'a envoyé le texte paru sur Légifrance autorisant l'expérimentation Équilibres, issus de l'article 51 de la LFSS de 2018. En le comparant à l'avenant 6 qui venait de paraître, j'ai vu l'opportunité d'exercer ma pratique d'infirmier à domicile autrement.

Initialement, je voulais totalement changer de métier et vendre ma patientèle. Je me suis laissé cette chance en me disant que de toute façon je ne craignais rien : ou ça fonctionne ou j'arrête.

Trois années de recul

Force est de constater que trois ans après la mise en route de l'expérimentation Équilibres, je suis motivé pour continuer d'exercer ma profession. C'est comme ça que j'ai toujours voulu soigner les patients : être à leur écoute, leur tenir la main, besoin d'être au plus proche d'eux, de leur permettre de gérer le reste de leur vie du mieux possible, de « *remettre l'humain au cœur du soin* ». Voilà ce qu'il me manquait remettre cette part d'humanité dans le soin.

Depuis trois ans, beaucoup de choses ont changé, à commencer par moi-même. Mais finalement et en y regardant de plus près, peu de choses l'ont vraiment été.

« Je reste libre »

Je reste toujours libre de gérer le flux de ma patientèle en fonction des disponibilités. Le patient reste la clé de voûte de mon activité, ou plutôt l'est redevenu. Je lui accorde le « juste temps » pour ses soins, son accompagnement et tout ce qui peut graviter autour de sa prise en charge. Je mets en valeur mes deux diplômes universitaires qui, jusqu'alors, ne l'étaient pas vraiment.

Ensemble

« LA » chose qui me semble primordiale dans l'ensemble du dispositif Équilibres est que pour la première fois en 23 années de libéral, je ne me sens plus seul... Non seulement, le cabinet est passé de 2 titulaires avec 1 remplaçante à 4 titulaires. De fait, nous travaillons sur 2 tournées, et au moindre problème (chute d'un patient, retard lié à un soin plus long que prévu...), je peux compter sur la collègue en binôme. Nous

rencontrons régulièrement notre coach, accompagnateur d'équipe, appelons-le comme nous voulons. Son rôle est de nous faire défocaliser des problèmes d'équipe et de nous aider à trouver la ou les solutions. Ce rôle facilitant ne peut être effectué que par une personne extérieure, distante du problème. La messagerie interne à l'expérimentation mettant en lien les cabinets infirmiers dans Équilibres, nous permet également d'échanger sur les divers protocoles en place et sur le « vous feriez quoi, là, à notre place ? »

La valorisation des compétences par le paiement au forfait

Exit la NGAP et ses interprétations tant approximatives que aléatoires, retour au décret de compétences infirmières et à l'intégralité des soins qu'il autorise.

Fini les parkinsoniens s'exerçant à la délicate instillation de collyre, ou à la personne âgée laissée devant l'impossibilité de poser ses bas de contention seule. Et ceci n'est qu'une infime partie des soins que permet ce changement.

Comment nous sommes payés, me direz-vous ? Le plus simplement du monde : 0,899€ la minute, soit 53,96€ brut par heure sur un mode déclaratif. Que ceux qui y voient un forfait se détrompent, si je reste 10 minutes, je suis payé 10 minutes, et si je reste 1h30, je suis payé 1h30. Je vous laisse vous amuser à faire les calculs pour une prise de sang d'un patient dont la veine joue à cache-cache avec l'aiguille, ou la situation d'une personne dans l'incompréhension de ce qui lui arrive et qui a besoin d'explications dans les moindres détails sur sa pathologie. Mais là aussi, ça change, car si vous décelez quelque chose d'important dans l'énumération exhaustive de ses déboires médicaux, la coordination avec le médecin, tout comme votre rôle éducatif ou préventif, est, lui aussi,

valorisé. Une seule condition : que cela se déroule devant le patient et que cela soit tracé dans le dossier de soins.

Simplification quand tu nous tiens : les déplacements et les fériés sont inclus dans ce tarif. Seul hic : le tarif de nuit n'existe pas... il fallait bien trouver un inconvénient quand même !

Pour continuer sur les choses « agréables », je paye toujours mes cotisations à la CARPIMKO et à l'URSSAF. Je suis, comme vous tous, impacté par la réforme des retraites et d'autres soucis du quotidien de l'infirmier libéral que nous sommes tous ! Les avantages et inconvénients de cumuler ces deux beaux métiers d'infirmier et de chef d'entreprise...

Conclusion

En résumé, peu de choses ont changé mais les choses qui ont changé ont tout changé.

Équilibres en centre de santé, *“Rendre Visible l’Invisible”*

Justine BAYART - Infirmière - Centre de Soins Humanisoins

Hazebrouck (59) - justine.bayartdel@gmail.com

Charlotte LENGLET - Infirmière

Marchiennes (59) - clenglet59870@gmail.com

Résumé

Aujourd’hui, nous faisons partie du programme Équilibre et notre rémunération dépend du temps passé chez les patients. Nous travaillons en mettant le patient au cœur de sa prise en soins. Nous intervenons pour le patient, avec le patient. Prendre du temps avec le patient permet d’instaurer un climat et une relation de confiance, de connaître le patient sur divers points médicaux, socio-culturels, familiaux afin de faciliter les soins, et de favoriser une prise en charge optimale.

Mots clés : Centre de santé, soin holistique, rôle propre infirmier, autonomie

Introduction

Infirmières à domicile, nous souhaitons exercer notre métier en alliant soins techniques et relationnels. Nous attachons de l’importance à nos valeurs du soin autour de l’écoute, du respect, du partage, de la bienveillance, de la bientraitance, de la relation d’aide et de la relation de confiance.

L'entrée dans l'expérimentation Équilibre, nous permet de redonner du sens à ce qui est fait, elle valorise notre travail dans son intégralité, met en avant l'accompagnement accompli avec le patient et ses proches.

La reconnaissance de nos compétences

En travaillant dans les centres de soins Humanisoins, nous sommes salariées de l'association et nous faisons partie d'un réseau de centres de soins d'équipes autogérées. Au départ, notre rémunération était basée, comme pour les infirmières libérales (IDEL) selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). La tarification à l'acte ne permet pas la reconnaissance du rôle propre infirmier autour de l'acte prescrit. Cependant pour pérenniser les centres de soins, il est important d'atteindre un équilibre économique. La nomenclature tendrait à inciter les soignants au cumul de patients afin d'atteindre cet équilibre et parfois au détriment d'une qualité des soins. La mise en place du forfait BSI est venue accentuer cette problématique.

Équilibre prend en considération les différentes orientations du soin pour une prise en charge globale du patient. Parfois, pour certaines situations nous constatons de la fatigue psychique et /ou physique de l'aidant, des difficultés à suivre le parcours de soins (exemple : prise des rendez-vous). Équilibre permet de prendre le temps nécessaire pour soutenir l'aidant et de pouvoir être rémunéré pour ce temps dédié. L'acte technique n'est plus le seul à être pris en compte, l'aspect relationnel et la coordination le sont également. Avec Équilibres, le temps passé avec le patient et l'entourage pour faire de l'éducation thérapeutique est reconnu. Ce qui permet de favoriser l'apprentissage des autosoins et d'être valorisé pour cela.

Les échanges pluri professionnels pour optimiser les prises en soins sont également importants. Le temps de rencontre passé au domicile avec la personne est reconnu, permettant à chacun de s'exprimer autour et avec le patient, de clarifier certains points

ensemble. La prise en charge globale préserve l'autonomie de la personne en allant tous dans le même sens et limite des hospitalisations grâce à un suivi optimal.

Parfois, le patient se retrouve dans un contexte d'isolement social et familial. Seul, il n'est pas toujours dans une dynamique d'autonomie et vers un parcours de santé coordonné. Il a donc besoin de retrouver des repères temporo-spatiaux, un parcours sur lequel nous pouvons l'aider en coordonnant par les appels aux structures hospitalières, pharmacie, auxiliaires de vie, kiné, psychologue...La coordination peut se faire auprès du patient et de son entourage. Elle apparaît dans l'évaluation du temps dédié au patient et se trouve valorisée de la même manière que le soin.

Un regard multidimensionnel au bénéfice de tous

Être infirmière, pour nous c'est prendre en soin une personne de manière holistique. La prise en compte de ses besoins, physiques, psychiques, médicaux, socio culturels est importante. Nous réalisons le soin en prenant le patient dans sa globalité et ne réalisons pas un simple acte. Équilibre vient mettre cela en lumière notamment en prenant le temps nécessaire pour instaurer une relation de confiance, temps d'échanges avec le patient et l'entourage. De plus, en effectuant des prises en soins holistiques à partir de notre rôle propre (les soins d'hygiène, accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne) en plus des soins infirmiers plus techniques, nous avons un contact privilégié, le patient tend à plus se confier. Nous constatons également que la personne accorde une autre confiance. En alliant tous ces soins, nous favorisons le maintien de l'autonomie et la ré autonomisation. Le patient est valorisé par ses progrès. Il y a également moins d'intervenants divers.

L'expérimentation équilibre apporte des bénéfices aux patients, à leur famille, leurs aidants principaux mais aussi aux soignants qui les accompagnent dans leur quotidien. Avec le vieillissement de la population, et un souhait de plus en plus présent de mourir

au domicile, les sociétés d'aide à domicile se retrouvent de plus en plus confrontées à des prises en charge complexes voir parfois ne relevant plus de leurs compétences. Nous travaillons de plus en plus en étroite collaboration avec les différentes structures d'aides à domicile, notamment pour la prise en charge des soins de nursing pour les personnes nécessitant l'intervention de deux professionnels de santé pour le confort du patient mais aussi pour le confort des soignants. Ainsi nous apportons à ces personnes notre expertise professionnelle, un soutien physique et psychologique. Pour nous infirmières des Centres de Soins Humanisains, l'expérimentation Équilibres nous permet une certaine souplesse dans nos prises en charge facilitant notre adaptation au quotidien en fonction des besoins divers de nos patients ce qui est un confort de travail, moins de stress, et une meilleure reconnaissance du travail réalisé.

Conclusion

En résumé, le projet équilibre nous permet de proposer des prises en charge holistiques, de maintenir dans les meilleures conditions le plus longtemps possible les personnes fragilisées au domicile. En tant qu'infirmières, le projet Équilibres met en avant nos compétences premières, celles de l'accompagnement psychologique du patient et de sa famille, de la coordination, et celle du soin multidimensionnel.

Témoignages en période Covid

Pascal LAMBERT - Consultant-formateur infirmier,

Pratique avancée en gérontologie

Magny-Le-Hongre (77) - pascallambert.ilpag@gmail.com

Résumé

Durant la crise sanitaire, les infirmiers engagés dans l'expérimentation EQUILIBRES se sont adaptés comme les autres professionnels de santé à ce qui se présentait à eux. L'article 51 a été poursuivi durant toute cette période et a favorisé un meilleur vécu selon les témoignages des infirmiers engagés dans ce nouveau mode d'exercice à domicile.

Mots-clés : innovation organisationnelle en soins de ville, infirmiers, rôle propre et prise en charge globale, qualité de vie au travail, intérêt du patient.

Introduction

L'expérimentation Équilibres a dû aussi faire face aux effets de la Covid 19 qui a ébranlé l'ensemble du pays. Des témoignages, recueillis auprès des infirmiers engagés dans l'expérimentation, illustrent comment ces derniers ont traversé cette crise inédite pour assurer la continuité des soins auprès de leurs patients restés confinés à domicile. Trois thèmes principaux se dégagent.

Le taux horaire

Face à l'urgence de la réorganisation des soins, à la lourde charge mentale accumulée liée à la pénurie d'équipements de protection individuelle, comme aux aléas de la

gestion de ce nouveau virus très contagieux, la rémunération au taux horaire selon le temps passé auprès du patient est plébiscitée par l'ensemble. C'est un élément qui favorise à la fois une organisation des soins agile, réactive et pertinente centrée sur le patient et ainsi qu'une meilleure qualité de vie au travail.

Pendant cette période stressante et épuisante, les infirmiers ont plus que jamais salué le confort et la simplicité de la rémunération au taux horaire qui les a libérés de la lourdeur, de la complexité administrative et des carences résultant de la NGAP.

Cela leur a aussi permis de mettre en place sans délai, conformément à leur décret de compétences infirmières, les actions de prévention, d'éducation à la santé ainsi que l'accompagnement nécessaire au maintien du meilleur état de santé possible de leur patientèle ébranlée par le confinement, interventions encore non reconnues et valorisées par la NGAP en vigueur.

Ce gain de temps et cette souplesse organisationnelle induite par ce taux horaire ont été précieux durant la crise covid et encore aujourd'hui.

« Pour mes collègues sous NGAP, il était difficile de trouver les informations pour coter correctement durant la crise. C'était très pénible pour eux d'aller chercher les informations ... Cette lourdeur administrative alors qu'on avait tant d'autres choses à faire ! Continuer à s'occuper de nos patients évidemment, mais ne pas contaminer aussi nos familles et pendant les jours de repos, monter le centre Covid, aider les Ehpad et chercher des masques, des équipements de protection pour pouvoir continuer les tournées ... avec en plus des collègues qui ont, elles aussi, attrapé la Covid 19. Nous, on était vraiment soulagés d'avoir ce stress en moins. »

« Équilibres, c'est la liberté d'anticiper, la souplesse et la sécurité... Le Bilan de Soins Infirmier (BSI) n'est vraiment pas adapté à la réalité du terrain. Il faut que cela soit toujours le même infirmier sinon on n'est pas payé. »

Rôle propre infirmier et prise en charge globale (OMAHA) : autonomie, valorisation et intérêt du patient

Malgré les évolutions récentes de la NGAP, l'ensemble des compétences infirmières continue à être sous-utilisé en soins de ville. Le référentiel OMAHA utilisé dans le cadre de l'expérimentation permet de recentrer les infirmiers sur leur cœur de métier et de mobiliser toutes leurs compétences en fonction des besoins des patients et de leur famille à un moment donné.

« Équilibres légitime la présence infirmière. On peut choisir le mode opératoire le plus pertinent pour le patient. Cela permet de consolider l'expertise libérale et de valoriser la clinique infirmière. Plus aucune visite à domicile des médecins, fermeture des hôpitaux et des CMP, plus d'auxiliaires de vie à domicile. Les familles étaient éloignées. On était les seuls sur le terrain pour faire le relai et la coordination. »

« C'est un gain de temps qui nous a libéré pour mieux s'occuper des patients et de leurs familles qu'il fallait beaucoup rassurer. On a pu ainsi faire beaucoup de prévention sur les gestes barrières. »

« Le respect des gestes barrières a considérablement alourdi la tournée car on passait plus de temps chez le patient et tout le soutien psychologique apporté ... Ne plus être sous NGAP, un vrai plus pour mieux travailler. »

Qualité des soins – Amélioration des pratiques professionnelles – Pair à pair / Qualité de vie au travail

Le cadre collaboratif initié par l'expérimentation a permis de structurer quasi naturellement une « communauté de pairs » entre tous les infirmiers engagés. Sur la

base du volontariat, et avec bienveillance, ces derniers participent à sa construction et à sa pérennisation en la faisant vivre à travers des échanges, des partages de pratiques. Au fil de l'eau, et particulièrement lors de la crise sanitaire, cette communauté de pairs est devenue LEUR outil de travail à part entière :

« Les échanges entre nous, le travail de réflexion et l'amélioration des pratiques professionnelles, c'est un vrai soutien moral. Et ça me rassure. »

« Équilibres répond à toutes mes envies : disponibilité, traçabilité, accompagnement, reconnaissance, autonomisation du patient, rendre visible et valoriser nos compétences infirmières. J'envisageais de quitter la profession d'ici 2 ans. Maintenant, il y a de l'espoir et cela nous a aidé à tenir durant la crise ».

« Le soutien moral et logistique, c'est précieux et c'est un vrai confort ! »

« Cela fait du bien de se sentir entouré pendant cette période angoissante »

Conclusion

La continuité du programme Équilibres durant la crise sanitaire a permis de sécuriser les infirmiers dans leur pratique tout en valorisant l'ensemble de leurs missions et compétences.

En devenant ainsi des interlocuteurs référents de proximité, les infirmiers ont favorisé le maintien à domicile des patients et ont ainsi contribué à fluidifier et optimiser leur prise en charge tout au long du parcours de soins afin d'éviter les décompensations et les hospitalisations en urgence.

Vignette clinique dans l'expérimentation

Équilibres, *prendre le temps nécessaire avec le patient et l'aidant*

Baya DJOUDI -Infirmière libérale

Alès (30) - baya.zaid@sfr.fr

Résumé

Cet article présente l'application du dispositif Équilibres au travers d'une situation clinique. Il concerne une patiente en soins palliatifs. Il démontre les résultats positifs d'une réorganisation de la stratégie de prise en charge prenant en compte l'ensemble des parties prenantes. L'évaluation des facteurs psychosociaux, environnementaux comportementaux et physiologiques via le référentiel OMAHA montre un accompagnement serein et efficace pour tous.

Mots clés : Équilibres, Aidant naturel, Accompagnement, Temps, Soins palliatifs

Macro-cible

Madame A. est en soins palliatifs. Elle a 97 ans, elle est atteinte d'une cholécystite inopérable et d'une nécrose des orteils. Elle présente une altération de son état général qui s'accompagne de troubles cognitifs comportant des hallucinations visuelles et auditives. Elle est porteuse d'une insuffisance cardiaque et elle est hypertendue. Elle souffre aussi d'une déficience visuelle due à une dégénérescence maculaire liée à l'âge. Elle n'a pas la capacité de se mouvoir et de se nourrir sans aide. Elle présente une

incontinence fécale et urinaire. Elle est sous antiagrégant plaquettaire, antigoutteux, diurétique, inhibiteur de la pompe à proton, perfusion d'hydratation, compléments alimentaires et antalgiques de palier un à la demande. Elle n'est pas consciente en permanence de la gravité de son état. Elle somnole également toute la journée et gémit de manière continue la nuit. La patiente étant non-communicante sur ses douleurs, l'échelle Algoplus est utilisée pour une évaluation pendant les soins et retrouve un score de 5 sur 5. En effet, malgré les gémissements continus, les grimaces et les agrippements, Madame A déclare toujours que tout va bien devant sa fille.

La patiente a peur, elle ne comprend pas pourquoi elle ne peut plus se lever, pourquoi elle a mal et pourquoi elle est autant fatiguée. Désorientée, elle pense souvent être dehors et passe des heures à "supplier" sa fille de la laisser rentrer à la maison.

Environnement

La patiente vit chez sa fille, madame C. depuis 3 ans suite au décès de son gendre. Madame A a sa propre chambre et bénéficie du passage des infirmières trois fois par jour ou plus si besoin, de deux passages d'une auxiliaire de vie en fin de matinée et l'après-midi. Depuis l'aggravation de l'état de santé de sa mère, la fille est présente en continu au domicile. Suite à l'apparition de la covid 19, elle fait du télétravail. Madame A a aussi un fils médecin, aujourd'hui retraité qui habite à 50km et vient lui rendre visite une fois par semaine.

Madame C, aidante naturelle principale est très angoissée, elle refuse :

- la visite de l'Équipe mobile de soins palliatifs
- de donner à sa mère les antalgiques de palier I avant l'arrivée de l'infirmière pour effectuer les soins dans de meilleures conditions pour tous
- la visite d'un psychologue

-d'aller passer des examens médicaux pour elle-même alors qu'elle présente depuis plusieurs semaines des diarrhées avec présence de sang, des douleurs abdominales de plus en plus importantes et invalidantes. Elle souffre également de douleurs articulaires, d'angoisses et d'insomnies.

Raisonnement clinique

En tant qu'infirmière à domicile, je m'interroge sur la prise en charge peu efficace et sur la qualité de vie de la patiente comme de sa fille. Je décide de prendre du temps afin de comprendre les croyances de madame C et ainsi prendre soin d'elle-même et de sa mère dans de bonnes conditions.

Exerçant dans le programme ÉQUILIBRES avec un statut d'infirmière libérale, je n'ai pas besoin de demander une ordonnance supplémentaire au médecin traitant. En dehors des temps de soins dédiés à la patiente, je mets en place des entretiens d'aide pour madame C. C'est un temps important consacré à l'aidant, reconnu et valorisé par l'article 51.

Lors de ces entretiens, je vais apprendre que Me C. a accompagné jusqu'au décès ses grands-parents, son père et son propre mari il y a 4 ans. Ces expériences antérieures semblent la renvoyer à des émotions passées. Elle est persuadée que l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) va lui "enlever" sa mère pour la laisser mourir seule à l'hôpital comme son père.

Elle pense que les antalgiques sont inutiles "*sa mère n'a pas mal*" et qu'ils vont « *précipiter le décès* ». Madame C. garde des souvenirs douloureux de la fin de vie de son époux et de l'accompagnement psychologique dont ils avaient bénéficié. Sa croyance profonde

est que les psychologues ne sont pas aidants et que tout n'est pas mis en œuvre pour "*sauver*" sa mère en raison de son âge.

Je mets en évidence plusieurs diagnostics infirmiers prioritaires pour madame A et madame C. Concernant madame A, il est évident que son bien-être est altéré. Elle présente des troubles du sommeil se manifestant par des gémissements nocturnes continus. Sa cholécystite lui provoque des douleurs aiguës et vives à droite de l'estomac qui irradient dans le dos. Elle minimise sa douleur en verbalisant des perceptions et ressentis très différents selon la présence ou l'absence de sa fille. Elle confie à l'équipe infirmière le souhait de protéger sa fille et de ne pas vouloir "*l'ennuyer*" avec ses douleurs. Ses plaies aux orteils se nécrosent et la font hurler au simple effleurement du pansement.

Lorsque sa fille est absente, elle s'autorise à dire qu'elle en a assez de vivre et de souffrir ainsi. Elle présente en parallèle une perte d'appétit et tous les signes de la déshydratation : elle a soif en permanence, ses lèvres comme sa peau sont sèches et ses troubles de la conscience sont de plus en plus présents s'accompagnant d'hallucinations visuelles et auditives.

La tension dans l'exercice du rôle de l'aidant naturel semble évidente pour madame C. La tension se manifeste par son mauvais état physique et mental (fatigue, colère, sommeil perturbé, diarrhées, présence de sang, douleurs articulaires, tristesse, non observance dans les traitements médicamenteux prescrits tant pour elle que pour sa mère) liée à une absence de moments de répit. Grâce au temps pris pour l'aider à verbaliser son vécu, à l'écoute active et aux entretiens d'aide, elle accepte la venue de l'EMSP.

Les professionnels de l'EMSP interviennent au domicile en ayant connaissance du travail effectué en amont. Cela aide dans les échanges à rassurer madame C pour défaire ses fausses croyances. Le psychologue est présent et passe beaucoup de temps avec elle. Le médecin de l'EMSP prend le temps d'expliquer à madame C les nouveaux traitements antidouleurs pour sa mère, les bénéfices qu'elle va en retirer, et la rassure sur les effets secondaires possibles tout en lui assurant le maintien de la prise en charge de sa mère à domicile. Il lui propose une aide pour augmenter les heures effectuées par les auxiliaires de vie afin de la libérer pour ses examens médicaux à elle. Un rendez-vous avec l'assistante sociale de l'EMSP est pris aussitôt.

A la suite de cette première prise de contact, ma collègue repart sur la tournée et moi je reste afin de reprendre les éléments nécessaires avec madame C. et de répondre à ses questions.

Pratique réflexive

Les entretiens en amont avec madame C. et la réunion de concertation avec l'EMSP au domicile ont été extrêmement bénéfiques pour tous. Ces temps ont permis à la patiente d'être soulagée et de passer les deux derniers mois de sa vie comme elle le souhaitait. Madame C. est formée et partie prenante des soins donnés à sa maman avec toutes les explications nécessaires. Elle accepte des heures supplémentaires d'auxiliaires de vie et passe des examens médicaux afin de retrouver une santé correcte et d'éviter une dégradation de son état. Elle accepte l'aide du psychologue pour l'accompagner dans son processus de deuil.

Madame A est décédée à 4 heures du matin. À la suite de l'appel de sa fille, je me rends au domicile. Durant plusieurs heures je prends soin de la défunte et de sa fille jusqu'à l'arrivée de son frère qui prend le relais avec sa sœur. J'appelle l'EMSP pour la

constatation du décès et ma collègue peut travailler sereinement sur la tournée sachant que pendant ce temps je prends soin de cette famille. Madame A est partie sereinement dans son lit chez elle. Sa fille a repris une activité professionnelle, sa santé physique et morale a été maintenue.

Dans tous les accompagnements que j'ai réalisés avant d'intégrer ÉQUILIBRES, j'ai toujours essayé de prendre soin au mieux des patients et de leurs familles. Dans ce dispositif, le soin dépouillé de contraintes administratives permet une qualité autre pour le soigné et le soignant. La prise en charge ne se limite pas à une pathologie. Pouvoir prendre le temps permet de transmettre, d'autonomiser, de soutenir aussi les aidants naturels épuisés. Ils se culpabilisent parfois de ne pas en "*faire assez*". Pouvoir prendre du temps pour eux en leur expliquant que ce temps est reconnu et valorisé apporte une reconnaissance à leurs difficultés.

Conclusion

Je constate que le temps dédié en dehors des soins, au patient ou à l'aidant, favorise l'empowerment et un meilleur vécu des situations de maladie ou de fin de vie. En effet, une fois que tout est dit, posé, écouté et expliqué, les soins se font et sont accueillis avec une grande fluidité. Si les personnes ne se sentent pas comprises, et ne bénéficient pas d'un vrai temps d'écoute, d'accompagnement, patients et aidants restent souvent dans le questionnement et l'incompréhension, nous sollicitant de manière récurrente.

Nous soignons, écoutons, coordonnons, accompagnons tout en étant reconnus et valorisés et c'est ce qui donne cet EQUILIBRE.

L'évaluation du programme Équilibres

Valérie DONIO - Directrice adjointe Santé publique de CEMKA

Bourg-la-Reine (92) - valerie.donio@cemka.fr

Le cadre de l'évaluation

A l'instar de l'ensemble des projets retenus et expérimentés par l'article 51 de la LFSS de 2018, le projet ÉQUILIBRES fait l'objet d'une évaluation externe multidimensionnelle visant à juger de son caractère opérationnel (faisabilité), efficient et diffusable à l'échelle nationale.

Les expérimentations sont évaluées par des sociétés spécialisées, telles que CEMKA, qui ont été sélectionnées via un accord cadre, par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) et la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) qui pilotent les évaluations de l'ensemble des expérimentations au sein d'une cellule d'évaluation (Celevel). Les évaluations de projets sont attribuées à tour de rôle aux équipes retenues. Les évaluations sont conduites selon une méthodologie commune définie dans le guide méthodologique de l'évaluation des expérimentations Article 51 [1]. Il structure le processus évaluatif en plusieurs phases et précise les 3 grands critères/axes d'évaluation.

Les 3 axes de l'évaluation sont :

- Axe 1 : Implémentation et faisabilité du projet. Ces deux dimensions sont évaluées à partir d'indicateurs et de descripteurs qui permettent d'émettre un premier jugement présenté principalement dans le rapport intermédiaire. Cet axe identifie les premiers freins (point de vigilance) et leviers identifiés à la mise en œuvre du

dispositif. En transversal, des effets indirects (non initialement prévus) peuvent être repérés.

- Axe 2 : Efficacité et efficience : A questionner à plusieurs niveaux, en fonction des objectifs spécifiques du projet : au regard des résultats de santé et du parcours des patients, de la coordination des professionnels de santé, du changement de pratiques des professionnels, et du mode de financement/coûts/impact budgétaire.
- Axe 3 : Reproductibilité : Cet axe vise à définir les prérequis au déploiement du dispositif, ainsi que les leviers et freins qui seraient propres aux contextes territoriaux. L'analyse des besoins spécifiques de chaque territoire et de leur offre de soins existante doit permettre de juger de la pertinence et de la cohérence externe du dispositif. Cet axe prépare en partie la sortie d'expérimentation qui peut se traduire par une généralisation dans le droit commun ou l'arrêt.

In fine, au niveau national, l'évaluation permettra de porter un jugement sur la réussite du projet, en fournissant des éléments d'aide à la décision pour le devenir du projet, et de tirer des enseignements, en comparant des expérimentations proches, pour identifier des modèles d'organisation et de rémunération à l'échelle du système.

Première étape : Élaboration du protocole d'évaluation

Dans le cadre du projet ÉQUILIBRES, comme pour tous les projets, l'évaluateur externe a co-construit le protocole d'évaluation (méthodologie détaillée) avec le porteur et la cellule d'évaluation (Celevel) de la CNAM/DREES. Ce document doit être produit dans les mois suivant l'attribution du projet à l'évaluateur externe. Il détaille les questions évaluatives auxquelles devront répondre les rapports d'évaluation intermédiaire et final,

les indicateurs d'évaluation, la méthodologie de recueil et d'analyse des données et informations, et enfin le calendrier de mise en œuvre.

L'évaluation des expérimentations entre, au niveau règlementaire, dans un accord CNIL unique, couvrant l'ensemble des projets.

Suite aux différents échanges avec la cellule d'évaluation et les porteurs, les questions évaluatives suivantes ont été identifiées (et déclinées en sous-questions plus précises/spécifiques) pour le projet ÉQUILIBRES :

Dans quelle mesure les acteurs ont-ils réellement la capacité de monter et faire fonctionner le dispositif envisagé ?

- Le projet s'est-il déployé de la manière prévue (analyse de la montée en charge) en termes d'adhésions de professionnels et d'activité de ces professionnels ?
- Qui sont les adhérents (profils des cabinets) et les bénéficiaires ?
- Comment le projet s'est-il déployé dans les cabinets ?
- Comment le projet s'est-il déployé dans les territoires ?
- Quels sont les retours d'expérience des différents acteurs ?
- Quel est le bilan en termes de forces et faiblesses ?

Dans quelle mesure les objectifs de l'expérimentation ont-ils été atteints en matière de qualité du parcours des patients et d'organisation innovante ? Et pour quels coûts ?

- Quels sont les résultats sur la prise en charge et sur les parcours des patients ?
- Quels sont les résultats en matière de coordination et des pratiques des professionnels de santé ?
- Quel est l'impact budgétaire du dispositif et quelle est son efficience ?

-
- Quels sont les effets indirects, non prévus ? Aux niveaux des pratiques professionnelles, des cabinets, des territoires et autres.

L'expérimentation est-elle capable de donner naissance à un modèle systémique de l'offre/de l'organisation des soins ?

- Quels enseignements tirer en matière d'efficacité de l'implémentation ? Sur les territoires et de manière générale.
- Quels sont les prérequis au déploiement (facteurs de réussites/points de vigilance) ?

Mise en œuvre de l'évaluation

Les réponses à ces questions seront apportées dans le rapport d'évaluation intermédiaire (à 12 mois du démarrage) puis dans le rapport final, qui se compléteront dans une logique de progressivité de l'évaluation ; les résultats finaux complétant et confirmant ou non, les tendances observées dans le cadre du rapport intermédiaire.

Les analyses menées dans le cadre des évaluations externes comprennent 2 grands « volets » :

- Un volet « qualitatif » visant l'analyse de processus de mise en œuvre, de l'opérationnalité et du niveau de maturité de l'organisation. Il est complété par des analyses quantitatives descriptives et le calcul d'indicateurs de résultats intermédiaires, y compris en matière d'efficacité/efficience.
- Un volet « quantitatif » comprend des analyses quantitatives complexes et poussées avec appariement au SNDS (Système National des Données de Santé), permettant d'évaluer le parcours et la qualité de la prise en charge des patients. Des comparaisons des consommations de soins et des parcours seront réalisées selon deux axes principaux : analyses « Avant et Après » l'inclusion dans le dispositif (au basculement du cabinet dans le dispositif) et « Ici/Ailleurs » via des groupes/territoires

témoins : comparaison de patients de profils identiques, dans le dispositif et hors dispositif (droit commun). Les premières analyses doivent permettre la réalisation d'une typologie et une analyse des caractéristiques des patients pris en charge par Équilibres pour pouvoir constituer 3 groupes témoins (principaux profils) à étudier dans le cadre de l'évaluation finale.

Pour répondre à ces questions, des recueils de données et d'informations sont prévus et organisés sur la durée de l'expérimentation. Des informations et données sont colligées en routine par les porteurs de l'expérimentation (données de pilotage, comptes-rendus des réunions, comptabilité analytique, actions de communication/formation, questions/demandes des professionnels...). Et plus ponctuellement, en amont des rapports d'évaluation, des enquêtes et des recueils de données spécifiques seront mis en place par l'évaluateur. Ces enquêtes visent à disposer d'une vision le plus large possible du déploiement, de la mise en œuvre, du fonctionnement de l'expérimentation par les différentes parties prenantes : porteurs, professionnels, patients/bénéficiaires et partenaires.

Dans le cadre de l'évaluation intermédiaire par exemple, différents types de recueils et d'analyses ont été mis en œuvre :

Enquêtes ad hoc

- Le retour d'expérience des infirmiers des cabinets engagés : Entretiens individuels approfondis, observations directes via des suivis de tournées (« immersions »).
- Le retour des porteurs de projet : Entretien collectif avec toute l'équipe.
- Le retour des facilitateurs et formateurs : Entretiens individuels approfondis.
- Le retour des partenaires et acteurs institutionnels (URPS, syndicats nationaux, Conseils Départementaux...) Entretiens individuels approfondis.

-
- Le retour des professionnels de terrain « institutionnels » impliqués dans les prises en charge des patients (services hospitaliers, HAD, SSIAD, DAC, CPTS...) Entretiens individuels approfondis.
 - Le retour des médecins généralistes (MG) du territoire et des professionnels de proximité kinésithérapeutes, pharmaciens et auxiliaires de vie : Entretiens individuels approfondis.
 - Le retour des patients / aidants : Entretiens individuels approfondis.
 - Une enquête en ligne auprès de tous les infirmiers impliqués dans ÉQUILIBRES pour comparaison/mise en miroir des interventions dans ÉQUILIBRES avec les actes qui auraient été cotés en NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) (« Enquête Double cotation »).

Analyses de données

- Les données d'activité de l'expérimentation : tableaux de bord, données sur les formations, comptes-rendus des réunions de pilotage, données sur l'utilisation des outils (Slack [réseau social interne])...
- Les données de comptabilité analytique du porteur en lien avec l'expérimentation : ingénierie, rémunération des facilitateurs, coûts de structures, du logiciel...
- Les données recueillies via le système d'information du dispositif (et notamment le référentiel standardisé OMAHA / comportant les données cliniques, de qualité de vie, le plan de soins...) pour l'évaluation du parcours, de l'efficacité et de certains coûts de prise en charge... pour l'évaluation des effets en termes de santé.
- Les données du SNDS : base de données de l'Assurance Maladie contenant l'ensemble des consommations de soins des patients (remboursement d'actes et de

prestations/hospitalisations) pour les patients de l'expérimentation et les patients des groupes témoins.

- Les données de contexte socio-démographique et sanitaire des territoires (INSEE, DREES, DT ARS/CPAM...).
- Les données de la plateforme de facturation « Article 51 » de la CNAM (pour l'évaluation des coûts) : les relevés de temps passé par patient et les budgets/rémunérations versées.

Les analyses de données seront réalisées en partie pour la phase intermédiaire et dans leur globalité pour la phase finale de l'évaluation.

L'ensemble des données et informations sont mises à disposition de l'évaluateur via une plateforme Article 51 nationale sécurisée.

Calendrier et avancée du processus d'évaluation à Mars 2023

A ce jour, le rapport d'évaluation intermédiaire a été rendu. Le rapport final dans son volet "quantitatif" (c'est à dire l'analyse de bases de données), a été décalé du fait un retard dans l'accès aux données du SNDS. Il est prévu pour l'été 2023 et il viendra compléter et objectiver les résultats "qualitatifs" déjà produits.

Enjeux de l'évaluation

En la rendant systématique pour toutes les expérimentations, le Législateur a choisi de faire de l'évaluation un élément majeur du dispositif « Article 51 » [2]. Ainsi, les enjeux de l'évaluation sont très importants. Elle doit permettre de :

- Retranscrire le plus clairement et précisément possible la mise en place de l'expérimentation dans les cabinets, en fonction des spécificités/réalités locales dans les territoires.

-
- Identifier les apports pour les patients et les aidants, dans leur globalité, en matière de santé voire plus largement (maintien à domicile, autonomisation...), ainsi que les apports pour les infirmiers et pour le système de santé.
 - Apporter les éléments d'éclairage et d'aide à la décision publique en termes de fonctionnement, d'impact budgétaire avec identification des leviers et points de vigilance pour la réflexion sur une dissémination possible.
 - Rendre visible l'expérimentation et ses résultats (communication).

Il y a aussi un enjeu de tirer un maximum parti de ce qui a été mis en place de façon concrète sur le terrain dans des champs et sur des aspects qui ne sont pas couverts par le système de soins actuel. Avec, à date, plus de 100 projets agréés par le Comité Technique d'Innovation en Santé (et autant de rapports d'évaluation), un important travail de capitalisation des expérimentations sera à mener.

Références

[1] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_guide_methodologique_evaluation_des_projets_articles_51_document_complet.pdf

[2] V et VI de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (CSS)

EQUILIBRES : une corde à l'arc du prendre soin Personne soignée/aidants/infirmière -

Evelyne MALAQUIN-PAVAN, infirmière spécialiste clinique

Chaville (92) – malaquin-pavan.evy@orange.fr

Résumé

Il m'a été proposé de contribuer à ce dossier EQUILIBRES en partageant ma compréhension du modèle appliqué à notre exercice infirmier français. Engagée depuis les années 1982 dans la promotion de l'expertise clinique infirmière et son développement¹, c'est à partir de cet ancrage disciplinaire mobilisé via nos réseaux nationaux² et internationaux³ dans ma propre pratique infirmière ces quarante dernières années que j'ai approfondi ma lecture des constituants conceptuels du modèle EQUILIBRES ainsi que des résultats décrits à ce stade de l'expérimentation.

Mots clés : raisonnement clinique, attractivité, fidélisation, travail réel/travail prescrit, assertivité, fondamentaux.

¹ Pour exemples, cursus d'infirmière clinicienne, cursus d'infirmière spécialiste clinique, cursus de consultation infirmière, master de sciences infirmières...

² Notamment avec l'ANFIIDE, Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et des Etudiants <https://anfiide.fr>

³ Notamment via le CII, Conseil International des Infirmières – <https://www.icn.ch>

Introduction

En préambule, rappelons tout d'abord les quatre piliers centraux qui guident la conception systémique de notre discipline infirmière : la personne, la santé, l'environnement, le soin. Tel, promouvoir le juste soin repose sur un engagement tant collectif qu'individuel. Et dans un environnement sociétal, scientifique, économique et professionnel protéiforme influençant les valeurs comme la mise en œuvre opérationnelle du prendre soin, s'arrêter sur les possibles reste une gageure. De fait, si nous savons rendre compte qu'une intervention infirmière recouvre plusieurs actions, sa réduction trop fréquente à un acte obère sa nature comme sa reconnaissance...

Évaluer les modalités d'exercice comme celles des interventions, en expérimenter de nouvelles pour tendre vers une amélioration du service rendu, autant d'actions sources de fidélisation comme d'attractivité pour les professionnels notamment de santé. Au cœur de l'éthique du soin et des responsabilités se rapportant aux différents métiers associés, pouvoir mettre en œuvre, rendre compte et faire reconnaître les ingrédients réunis pour en faire une expérience gagnant-gagnant personne soignée/entourage – équipe/individu composant l'équipe, voilà assurément des leviers qu'il convient d'appréhender dans le fond comme la forme.

Le projet EQUILIBRES

Parmi les différentes expérimentations portées ces dernières années, EQUILIBRES porte des leviers fortement ancrés sur les fondamentaux disciplinaires que l'expérimentation permet de mobiliser au quotidien. Au cœur du processus de prise en soins, ce modèle opérationnalise tant la place centrale de la personne soignée que celles de ses aidants, l'alliance thérapeutique, l'organisation en équipe infirmière, la traduction du raisonnement clinique partagé dans le dossier patient rendant visible la nature des

interventions infirmières et les valorisant via leur cotation quel qu'en soit le domaine. De manière schématique, le modèle repose sur le renforcement en compétences cliniques, organisationnelles et relationnelles ainsi que sur un outil de traçabilité du bilan clinique initial et continu, rendant compte de niveaux de complexité objectivant l'intensité, la priorisation des soins produits et associant leur cotation en temps passé. C'est probablement ce qui fonde l'engagement des infirmières et infirmiers qui identifient leur idéal de pratique au travers de ce qu'autorise ce modèle, soutenant leur professionnalisme via la reconnaissance de la nature intrinsèque de leurs interventions infirmières mobilisées concrètement en direction de la personne soignée comme de son/ses aidant(s). L'étayage soutenant des professionnels en est également un pilier.

Sur le fond, en tant qu'infirmière spécialiste clinique moi-même ayant dû, pas à pas, forger ma pratique de consultation infirmière ^[1] de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne avec mes directions de rattachement successives, je ne peux que rendre hommage aux collègues qui rendent aujourd'hui visibles ces bonnes pratiques infirmières ainsi qu'aux outils intégrés au modèle qui permettent d'en laisser trace.

Du temps assurément ; du temps dédié à la mobilisation d'un corpus de compétences porteur de soin individualisé au bon moment du parcours de soins et de vie de la personne soignée ; du temps pour le soutien systémique des aidants. Ce temps qui fait défaut trop souvent encore, probablement parce que les missions infirmières définies dans nos textes en vigueur et leurs transpositions en interventions opérationnelles restent peu ou pas pris en compte dans les modèles d'organisation et de rémunération du travail infirmier...

A l'heure de l'évaluation des expérimentations Art.51⁴- et notamment d'EQUILIBRES, je souhaite témoigner combien, depuis les années 1984, des organisations

⁴ Article 51 LFSS 2018 – Innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé.

professionnelles infirmières se sont engagées pour promouvoir la filière clinique infirmière au plus près de sa déclinaison opérationnelle pratique - en matière de consultation infirmière de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne, d'examen clinique approfondi^[2], d'interventions complémentaires dans le champ de soins techniques, éducatifs, relationnels et de l'accompagnement notamment. De fait, même en ayant validé des formations complémentaires attestant du renforcement de ces compétences en la matière, des freins à leur mise en œuvre coexistent, notamment pour l'exercice libéral. Le récent rapport IGAS-IGESR ^[3] d'octobre 2022 dédié à l'évolution de la profession infirmière et de la formation infirmière y fait référence, ouvrant des perspectives à collectivement analyser.

Notons d'autre part que de nombreux projets d'informatisation des parties infirmières du dossier patient ont été expérimentés ces dernières décennies, fréquemment réducteurs et rendant davantage compte des actes que du raisonnement clinique qui a motivé les choix des interventions infirmières contractualisées.

Dans cette période de forte tension démographique et de désenchantement de la profession infirmière, où nous attendons la mise en œuvre des travaux nationaux dédiés à l'évolution du métier socle et à la réingénierie de formation associée, j'oserais souligner quelques ingrédients forgeant un exercice infirmier de qualité, attractif et fidélisant. Ingrédients qui sont partie prenante de plusieurs expérimentations dont EQUILIBRES...

Quelques fondamentaux de la pratique infirmière guidant l'engagement

Au-delà des textes professionnels et des modèles infirmiers qu'il a rencontrés en formation initiale puis en exercice une fois diplômé, chaque infirmier fait le choix de ce qu'il veut et peut devenir comme professionnel, s'appropriant au fil des années d'exercice une expertise dans tout ou partie des différents domaines de la discipline

infirmière ^[4] ^[5]. C'est ce qui fait en particulier la richesse de notre profession, que l'on soit étudiant, novice comme expert ^[6].

Arrêtons-nous d'un peu plus près sur ces principes fortement entremêlés qui, au final, guident la légitimité et l'intentionnalité infirmière dans la réalisation d'un soin personnalisé, quels qu'en soient le caractère technique et la complexité environnementale, organisationnelle ou relationnelle. Ces principes s'appliquent à la majorité des situations de soins comme fil conducteur garant de l'intégrité et de la qualité des interventions dispensées. Les notions de besoins, d'autonomie, d'alliance thérapeutique, de co-construction, d'information, d'éducation et de continuité des soins sont parties prenantes du tout. Si on y associe les connaissances conceptuelles ^[5] ^[7] ^[8] ^[9] et scientifiques actualisées – ce sont bel et bien ces corpus qui nous aident à ajuster notre raisonnement clinique pour d'autant mieux appréhender les stades de développement humain, l'expérience de la maladie, du handicap, les réactions d'adaptation, les thérapeutiques et leurs retentissements sur les activités de la vie quotidienne. C'est en particulier en appui sur ces théories de soins en sciences humaines que nous retrouvons les valeurs et postulats de référence définissant l'être humain, l'environnement, la santé, les soins infirmiers mais aussi les sources de difficulté qui peuvent perturber la santé - nommées également facteurs d'influence, d'étiologie, manifestations de dépendance... selon le modèle auquel on se réfère. Comme beaucoup d'autres professionnels de la santé, les acteurs des soins infirmiers se réfèrent aux travaux de Maslow ^[10] pour mieux cerner l'intrication permanente des cinq catégories de besoins fondamentaux de l'être humain. Autrement dit, à chaque fois que nous analysons la situation de soins sur cette base des besoins satisfaits ou non satisfaits, il s'agit bien de ce que nous nommons « approche globale de la personne soignée », quelle que soit notre profession.

Intimement liée à la notion de besoins, le regard porté et la mise en actes de la notion d'autonomie renforceront ou pas les ressources individuelles de la personne soignée, l'identification des sources de difficultés sous-jacentes les perturbant, permettant de découvrir des opportunités pour laisser être ou rendre acteur. Certes, accompagner journallement ou ponctuellement l'autonomie d'une personne souffrant de troubles cognitifs, du comportement, de démence ou de maladie dégénérative chronique représente un véritable challenge. De fait, dans nos différents contextes d'exercice, il s'agit d'arriver à faire face à des soins de suppléance⁵ de plus en plus conséquents, dans un contexte économique fragilisé où le facteur temps ne fait pas bon ménage avec le respect du « laisser faire à son rythme » ou pour différer un soin le temps que la personne reprenne une plus juste compréhension de ce qu'on se propose de lui dispenser...

Continuons à témoigner qu'à chaque fois que l'on renonce ou faisons à sa place (pour « aller plus vite », pour être « sûr que cela soit fait »), le risque d'induire d'autres dépendances à terme se majore...

Continuons à témoigner que malgré la complexité des troubles, symptômes ou handicaps associés, la dégradation ou détérioration ne touche pas tous les domaines d'activités ou capacités en même temps (orientation – mémoire – motricité – mobilité – coordination – communication...). Il y a toujours des ressources à laisser émerger et à soutenir, bon gré mal gré, présupposant une souplesse dans l'organisation de nos stratégies de soins.

Nous le savons, soutenir le processus d'autonomie nécessite d'affiner notre jugement clinique et de développer nos habiletés relationnelles. Dans cette application concrète du soutien de l'autonomie, chaque soin est en soi une occasion de renforcer le pouvoir et le vouloir de la personne soignée, manière de prendre soin telle que définie par

⁵ Au sens aide à vivre, à penser, à se soigner, à s'accomplir, à satisfaire les besoins fondamentaux.

Watson ^[5], resituant les priorités de soins vers l'aide à vivre. Cela suppose la mobilisation de différents niveaux de relations aidantes ^{[11],[12]} comme de compétences notamment en relation d'aide ^[13]. L'approche proportionnée du corps, la juste distance corporelle et **l'alliance thérapeutique sont vecteurs d'ancrage du soutien, de l'accompagnement** (notamment palliatifs ^[14]), de cette qualité relationnelle tissée entre deux personnes (personne soignée-professionnel) quand l'infirmier mobilise empathie et disponibilité (même sur un court laps de temps) dans une juste proportion entre échanges verbaux et non verbaux. Ancrer la confiance indispensable au ressenti optimal d'un soin est tout sauf un acharnement relationnel. Les questions ouvertes nous aident généralement à vérifier nos perceptions. Lorsque nous percevons un malaise, une agressivité sous-jacente, un évitement... notre intention relationnelle cherche alors à maintenir le lien par des mots ou des gestes adaptés, respectant les résistances voire en sachant se retirer si besoin.

Si le principe d'autonomie est soutenu via l'ensemble des soins, notamment par une information/éducation informelle au décours de soins, l'éducation à la santé promeut la qualité de l'équilibre global. En complément, l'éducation thérapeutique devient un outil de choix dans le cadre des surveillances et soins répétitifs induits notamment par les maladies chroniques ou le besoin d'utiliser un dispositif/matériel thérapeutique. Elle peut également être utilisée pour permettre à la personne de s'auto-administrer des soins durant une phase transitoire de maladie (telle une préparation à une intervention ou une surveillance spécifique jusqu'à la disparition des symptômes). Cela nécessite de mettre en œuvre des modalités d'apprentissage spécifiques tant à la personne soignée (en fonction de son âge, de ses ressources, de son degré de compréhension et d'habileté gestuelle) qu'à la problématique de santé sous-jacente. La progression dans les étapes de reprise d'autonomie – notamment dans l'acquisition d'une sûreté du/des geste(s) à produire sur et pour soi – est à soutenir tout au long de la prise en charge.

Porter un regard critique sur nos pratiques, nous questionner sur ce qu'elles produisent chez les personnes qui reçoivent nos soins, sont deux vecteurs d'éthique clinique guidant vers le juste soin. En amont des possibilités thérapeutiques et des actes de prévention, la notion de nécessité de recourir ou pas à un soin – d'autant plus s'il est à risque de provoquer des douleurs induites ou des effets secondaires conséquents – est à poser en équipe.

Au travers de cette synthèse de la pratique infirmière ci-dessus modélisée, il est possible de mesurer l'impact de la contribution infirmière d'une manière globale. Pour autant, nous savons que selon ce que le contexte d'exercice reconnaît, autorise, favorise ou pas, l'opérationnalisation concrète se bonifiera ou pas dans nos modes d'organisation du travail. En quelque sorte, ce qui pourrait se schématiser par l'image d'un iceberg (dessus-dessous) maillant légitimité réglementée par le décret d'exercice infirmier, travail prescrit et travail réel, subjectivité et confiance ^[15] pour ne citer que ces notions.

Co-construire avec la personne soignée son projet de vie et de soin...

Assurément, cela demande un cadre, un contenu, une organisation et du temps pour en garantir la qualité du recueil de données initial et continu, choisir des priorités et des modalités de soins...

Assurément, cela demande des habiletés et du temps pour transmettre comme pour se questionner en équipe, tout autant pour la cohérence du parcours de soins de la personne soignée que pour lever des incertitudes ou prendre le recul pour trouver des options adaptées à la complexité de la situation...

Quelle plus-value infirmière le modèle EQUILIBRES met en exergue ?

Le modèle EQUILIBRES s'inscrit au cœur d'un projet reprenant les valeurs du prendre soin et du travail d'équipe, formalisation permettant d'appréhender tout autant le travail

prescrit que le travail réel et visant à en réduire les écarts. Il associe notamment du temps de formation (renforcement des connaissances cliniques et organisationnelles), la mobilisation des compétences individuelles et en équipe, la transposition du raisonnement clinique infirmier rendu visible via l'outil de traçabilité (bilan infirmier initial et continue, niveaux d'intensité des besoins biopsychosociaux et spirituels, objectifs de soins co-construits avec la personne soignée, les aidants, mesure des résultats). Certes, s'ils sont empruntés aux sciences humaines et biomédicales, les concepts mobilisés (Approche Buurtzorg et Omaha system) sont "transcrits" dans des référentiels qu'il convient de savoir appréhender pour les resituer en perspective de ce qui est déjà développé en formation initiale infirmière et/ou en formation continue. Rien de sectaire ou de nouveau en soi, un juste équilibre de mobilisation de connaissances conceptuelles et organisationnelles réflexives qui fait la différence.

Point fort du modèle, c'est le temps passé à l'intervention qui est codifié, rendant visibles l'ensemble des compétences mobilisées et, par là-même, la reconnaissance de ces dernières en autonomie...

Point fort sécurisant la perception de l'infirmière quant aux choix produits, ce sont les temps d'échanges et d'étayage organisationnel en équipe, là aussi valorisés comme partie prenante du tout...

Enfin, contribuant à la visibilité des compétences mobilisées, l'outil de traçabilité qui en rend compte, avec ses algorithmes et niveaux d'intensité, pourrait servir de référence pour l'évolution du Dossier patient ainsi que pour la transposition d'une manière plus générale à travailler avec la CNAM et nos tutelles.

Alors, comment douter de l'apport du modèle EQUILIBRES dans l'offre de soins et de ce que la généralisation du modèle pourrait apporter en levier attractif pour l'évolution de la pratique infirmière d'une manière plus générale ?

Pour que les leviers constatés n'occultent pas les risques potentiels

Comme tout modèle, EQUILIBRES comporte ses leviers et ses freins. Parmi ceux que j'ai personnellement identifiés, j'en citerais trois. Autant les discuter ensemble pour mieux en appréhender les perspectives de dépassement comme les points de vigilance induits.

Comme pour d'autres typologies d'exercice, tout ce qui s'apparente à une possibilité de standardiser une intervention via des niveaux d'intensité ou de temps ciblé peut être un risque dont il convient de s'affranchir. La force actuelle du modèle est l'individualisation de toute prise en charge ; certainement pas une réduction standardisée réalisée à partir de croisements quantitatifs selon des profils types de personnes soignées. Néanmoins, là aussi, il convient avec lucidité de mesurer ce que ces croisements craints pourraient aider à objectiver en matière d'offres de soins et d'organisation tant infirmière qu'interprofessionnelle, comme cela a pu s'objectiver avec d'autres outils d'aide au calcul de la charge en soins (type SIIPS ^[16]), certes utilisés à bon escient ou pas...

Force est aussi de constater que les slogans utilisés en France - notamment par les porteurs du libellé "Soignons humains" qui y ont vus une promotion de la finalité qu'ils visaient ou encore le libellé raccourci "IDE équilibriste" permettant d'identifier les IDE ayant contractualisé l'expérimentation - sont devenus en quelque sorte des irritants qu'il convient de dépasser. L'emballlement à vouloir convaincre a parfois fait entrevoir des postures militantes qui, considérées en l'état, ont pu laisser percevoir un aspect "enfermant" ("en dehors du modèle point de salut"), alors même que le message porté par les collègues infirmiers engagés dans EQUILIBRES se voulait porteur pour la reconnaissance de la pratique infirmière généraliste. Il paraît requis d'identifier ce que cela produit concrètement plutôt que de s'arrêter sur ce qui "épidermise" derrière le raccourci impropre de ces vocables...

Enfin, probablement que mon propre exercice infirmier hospitalier ne me permet pas d'avoir toutes les clés de décodage en mains. Néanmoins, dans les travaux à poursuivre en la matière sur le fond et la forme avec la CNAM, il me semblerait bienvenu que l'on puisse dépasser le frein consistant à assimiler la rémunération au temps à une "réduction de l'exercice libéral à un salariat", toute activité libérale aujourd'hui étant bel et bien payée par l'assurance maladie, à l'acte comme au forfait ou encore au temps passé.

En conclusion

Vous l'aurez compris, à travers mes propos, tout ce qui peut donner sens, valoriser la pratique infirmière et améliorer le service rendu sont des points d'attention constants. En l'espèce, le modèle EQUILIBRES est une des pièces de puzzle contribuant à l'amélioration de notre système de soin comme à l'évolution des champs de pratique infirmière.

Ce modèle certes n'est pas le seul. Sachons cependant affirmer ce qui apporte une plus-value. Outre la mise en œuvre des actions propres à l'infirmière, nos responsabilités infirmières consistent également dans tout ce qui est complémentaire à la prescription médicale comme aux interventions des autres partenaires de l'équipe (aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, assistant social, bénévole, médecin, psychomotricien, diététicien, pharmacien, ...). Partager un modèle de pratique, faire ensemble, c'est une garantie pour que le parcours de soins soit porteur d'expertises et d'attention ciblée pour la personne soignée. Complexe parfois, chronophage souvent, impliquant toujours, c'est le quotidien du soin conforté par une éthique raisonnée qui nous permet en équipe d'être fidèles aux valeurs professionnelles sous-jacentes, garantie d'une qualité de vie aussi optimale que possible côté personnes soignées/entourages comme côté soignants dont les infirmières.

Références

- [1] Jouteau Neves C., Lecointre B., Malaquin-Pavan E. (2014) La consultation infirmière, ANFIIDE, Éditions Lamarre, 205p.
- [2] Cloutier L., Delmas Ph., Dall'ava-Santucci (2010) – L'examen clinique infirmier, De Boeck Supérieur, Collection Sciences hospitalières, 320p.
- [3] Rapport IGAS N°2022-030R/IGESR N°21-22 275A – Évolution de la profession infirmière et de la formation infirmière, octobre 2022, 218p
- [4] Kerouac S., Bourdonnais A., Pepin J. (2017) La pensée infirmière, 4^{ème} édition, Chenelière éducation, 216p.
- [5] Watson J. (1999) – Le caring, Éditions Seli Arslan, Paris, 198 p.
- [6] Benner P. (2003) – De novice à expert, Excellence en soins infirmiers, Hors collection édition Masson, 264p.
- [7] Gasse J.-M., Guay L. (1994) – Des modèles conceptuels en soins infirmiers, Presses interuniversitaires, Québec, Eska Sarl, Paris.
- [8] Formarier M., Jovic L. (2012) – Les concepts en sciences infirmières, ARSI, 2^{ème} édition, hors collection, 328p.
- [9] Péplau H. (1995) – Relations interpersonnelles en soins infirmiers, InterÉditions, Paris.
- [10] Maslow A. (1970) – Motivation et personnalité, 2nd ed. New York, Haeper and Row.
- [11] Chalifour J. (1990) – La relation d'aide en soins infirmiers, une perspective holistique, humaniste, Éditions Lamarre, Paris, 296 p.
- [12] Lazure H. (1987) – Vivre la relation d'aide : une approche théorique et pratique d'un critère de compétence de l'infirmière, Éditions Decarie, Montréal, 192p.
- [13] Collectif SFAP CNASI (2014) – Relation d'aide en soins infirmiers, 3^{ème} édition, Elsevier Masson, 176p.

[14] SFAP Collège Soins Infirmiers (2021) – L’infirmière et les soins palliatifs : prendre soin, éthique et pratiques, 6ème édition, Éditions Elsevier Masson, Paris, 296p.

[15] Dejours Ch., Gernet I. (2012) – Travail, subjectivité et confiance, Nouvelle revue de psychosociologie, 2012/1(n°13), p75 à p91.

[16] Soins Infirmiers Individualisés à la Personne soignée – <http://www.siips.org>

Pour aller plus loin

Ouvrages et articles

Le dossier ÉQUILIBRES Journal des Infirmiers n° Avril, Mai, Juin 2021 p 31-43

DERREUX. L, (2022), Expérimentation Équilibres Partage d'expérience d'une infirmière libérale clinicienne, ANFIIDE News 2022 2° semestre, p17-18

Djoudi. B, Jakovenko. D, (2022), L'expérimentation Équilibres, un changement de paradigme dans les prises en charge à domicile, La revue de l'Infirmière n°281, p 38-40

Horte C. et J. (2021). Le Omaha System expliqué par des infirmiers cliniciens. Journal des infirmiers n°2 avril-mai-juin (p 34 à 36).

Karen S. Martin. (2005), "The OMAHA SYSTEM A key to Practice, Documentation, and Information Management" (2ème éd.) Omaha, NE: Healths.

Jakovenko. D, (2022), La coordination de proximité des Équipes d'infirmières libres, responsables et solidaires, SOINS Avril n°864, p35-37

Lamoureux N, (2022), Soigner par l'Humain, Le Point n°2589, p80-82

Laloux.F, Appert.E, et Blanchard.P, (2019), *Reinventing organizations*. 1ère édition. Lieu de publication inconnu : Diateno. ISBN 978-2-35456-251-9.

Marques EC., Grenier-Renoud V., Sobral G. (2021). Omaha system - Une taxonomie standardisée, RMS Edition - Haute Ecole de Santé Vaud.

Martin KS. (2005). The Omaha System : A Key to Practice, Documentation, and Information Management (Reprinted 2nd ed.). Omaha, NE: Health Connections Press.

Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. (2017). La pensée infirmière, 4e édition. Montréal : Chenelière Education.

Varini. E, et Holue. C, (2022), Article 51 : 102 Millions d'euros cette année, CONCOURS PLURIPRO Tome 144 n°11 Janvier 2022, p 6-8

Vermeer.A et Wenting.B. (2016), L'auto-organisation, ça marche ! éditions Reed business information. ISBN 978 90 368 2225 1

Vermeer.A et Wenting.B. (2018). Équipes en autogestion dans la pratique, éditions Bohn Stafleu van Loghum / Springer Nature

Vermeer.A et Wenting.B. (2022). Coaching des équipes autogérées : comment s'y prendre ?, Editions Bohn Stafleu van Loghum / Springer Nature

Webographie

Le site Équilibres Article 51

<https://www.article51-equilibres.org/article-51>

Le site Soignons humain

<https://www.soignonshumain.com>

Buurtzorg, la révolution du soin à domicile et ses petits frères français

<https://www.mazars.fr/Accueil/Insights/Publications-et-evenements/Newsletters/Newsletter-Transfo-Sante/News-Transfo-Sante-4-l-humain-en-transfo-sante/Buurtzorg-la-revolution-du-soin-a-domicile>

Le self-management en réseau de Buurtzorg pour se recentrer sur l'essentiel : son métier

<https://humanage.fr/fr/le-self-management-en-reseau-de-buurtzorg-pour-se-recentrer-sur-lessentiel-son-metier/>

Présentation de l'approche Buurtzorg par Jos de Blok son fondateur

<https://www.youtube.com/watch?v=SSoWtXvqsgg>

(sous titrage en français disponible)

Charte Équilibres, Soignons Humain (2019)

<https://padlet.com/guillaumealsac/documents-equilibres-6kx8b1oy7ozv7ly7/wish/2389678469>

Équilibres article 51 et Omaha System

<https://www.article51-equilibres.org/omaha>

The Omaha System (site officiel de la fondation Omaha International)

<https://www.omahasystem.org/>

Vidéo de présentation du Omaha System

https://www.youtube.com/watch?v=E_0Cr4fabsE&list=PLaM8l2NIOb9AxQV_Tu_WdltvGWalQOhWa

Consulter le référentiel Omaha System en français sur smartphone ou tablette

Apple iOS

<https://apps.apple.com/fr/app/omaha-system-reference-ii/id1450603395>

Android

https://play.google.com/store/apps/details?id=ecare.innovatie.omahasystem&hl=fr_CH&gl=US