



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**DIRECTEUR DES SOINS**  
**Promotion 2004**

---

**CREATION D'UNE HAD :**  
**ENJEUX MANAGERIAUX**  
**POUR LE DIRECTEUR DES SOINS**

---

**ERIC GAUTHIER**

---

# Remerciements

---

*Je remercie toutes les personnes rencontrées qui ont éclairé ce travail et par leur soutien facilité sa réalisation.*

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 CHAPITRE : APPROCHES CONCEPTUELLES ET GENERALITES SUR L'HAD</b> .....	<b>5</b>
1.1 DEFINITION ET MISSIONS PRIORITAIRES .....	5
1.2 HISTORIQUE ET EVOLUTION DE LA REGLEMENTATION .....	6
1.2.1 HISTOIRE DE L'HAD .....	6
1.2.2 EVOLUTION LEGISLATIVE ET REGLEMENTAIRE.....	8
1.3 ORIENTATIONS NATIONALES, REGIONALES ET DEPARTEMENTALES .....	9
1.3.1 AU NIVEAU NATIONAL .....	10
1.3.2 AU NIVEAU REGIONAL .....	10
1.3.3 AU NIVEAU DEPARTEMENTAL .....	10
1.4 PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD.....	11
1.4.1 CRITERES D'ADMISSION ET PATHOLOGIES REFERENCEES.....	11
1.4.2 ASPECTS FINANCIERS.....	12
1.4.3 PROFESSIONNELS DE L'HAD : .....	15
1.5 APPROCHE THEORIQUE DES ENJEUX MANAGERIAUX EN HAD:.....	17
1.5.1 APTITUDES PROFESSIONNELLES .....	18
1.5.2 COMPETENCES .....	18
1.5.3 POLYVALENCE.....	21
1.5.4 PROJET PROFESSIONNEL.....	21
<b>2 CHAPITRE : OPPORTUNITES MANAGERIALES REVELEES PAR L'ANALYSE DES ENTRETIENS</b> .....	<b>23</b>
2.1 ENTRETIENS : MODE OPERATOIRE.....	23
2.2 SYNTHESE ET ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC LES TUTELLES .....	26
2.2.1 FACTEURS DE REUSSITE DE L'IMPLANTATION D'UNE HAD.....	26
2.2.2 MODALITES ORGANISATIONNELLES .....	27
2.3 SYNTHESE ET ANALYSE DES INFORMATIONS RELATIVES AUX ENJEUX MANAGERIAUX .....	28
2.3.1 QUELS PROFILS ATTENDUS EN HAD ?.....	28
2.3.2 APTITUDES RECHERCHEES .....	32
2.3.3 MESURES D'ADAPTATION A L'EMPLOI ET A L'ENVIRONNEMENT : TUTORAT ET FORMATION .....	33
2.3.4 CRITERES DE RECRUTEMENT POUR LES DS ET CS RESPONSABLES DE L'HAD.....	35
2.4 COMMENTAIRES RELATIFS AUX INFORMATIONS RECUEILLIES .....	35
<b>3 CHAPITRE : PROPOSITIONS D' ACTIONS ET PERSPECTIVES MANAGERIALES DU DIRECTEUR DES SOINS</b> .....	<b>39</b>
3.1 <u>1<sup>ER</sup> VOLET</u> : GESTION PREVISIONNELLE DES FUTURES IDE D'HAD.....	40

3.1.1	<i>POLITIQUE DE RECRUTEMENT : LES OUTILS DE GESTION</i>	40
3.1.2	<i>MODALITES DES ENTRETIENS DE SELECTION</i>	42
3.1.3	<i>PARCOURS PROFESSIONNEL CONTRACTUALISE = "FEUILLE DE ROUTE"</i>	43
3.1.4	<i>LIMITES DU PARCOURS CONTRACTUALISE :</i>	45
3.2	<b>2<sup>E</sup> VOLET : PLAND'ADAPTATION A L'EMPLOI ET PROGRAMME DE FORMATION</b>	45
3.2.1	<i>PLAN INDIVIDUEL D'ADAPTATION A L'EMPLOI</i>	46
3.2.2	<i>FORMATION CONTINUE</i>	47
3.3	<b>VALIDATION PAR LES INSTANCES</b>	48
3.4	<b>EVALUATION DU PROJET</b>	49
3.4.1	<i>EVALUATION DES OUTILS</i>	49
3.4.2	<i>EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN HAD</i>	50
3.5	<b>ATOUTS DE L'HAD POUR LE DS</b>	51
3.5.1	<i>OPPORTUNITES MANAGERIALES POUR LE DS</i>	51
3.5.2	<i>IMPLICATION DU DS DANS LE RESEAU « VILLE-HOPITAL »</i>	52
	<b>CONCLUSION</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
AS : Aide soignant(e) ☞ **lire dans le mémoire : Aide soignante**  
ARH : Agence régionale d'hospitalisation  
CCAS : Centre communal d'actions sociales  
CCD : Contrat à durée déterminée  
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail  
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales  
CLUD : Comité de lutte contre la douleur  
CME : Commission médicale d'établissement  
COM : Contrat d'objectifs et de moyens  
CREDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé  
CS : Cadre de santé  
CSI : Centre de soins infirmiers  
CSIMTR : Commission de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation  
CSS : Cadre supérieur de santé  
CSSI : Commission du service de soins infirmiers  
CTE : Comité technique d'établissement  
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DE : Diplôme d'Etat  
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
DRH : Directeur des ressources humaines  
DS : Directeur des soins  
DU : Diplôme universitaire  
ETP : Equivalent temps plein  
FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'HAD  
GPEC : Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences  
HAD : Hospitalisation à domicile  
IDE: Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat ☞ **lire dans le mémoire : Infirmière diplômée d'Etat**  
IFCS : Institut de formation des cadres de santé  
IFSI: Institut de formation en soins infirmiers  
MKDE : Masseur kinésithérapeute diplômé d'Etat  
PCA : Pompe à analgésie contrôlée  
PIAE : Plan individuel d'adaptation à l'emploi  
PMSI: Programme de médicalisation du système d'information

PSPH : Participant au service public hospitalier  
PSSM : Pôle de santé sud meusien  
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire  
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile  
T2A : Tarification à l'activité

# INTRODUCTION

## CONTEXTE GENERAL :

L'organisation du système sanitaire est au centre des débats sur la réforme de la santé. La nécessité d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population entraîne une recomposition du tissu hospitalier ainsi que l'obligation de contenir la progression des dépenses de santé.

L'hospitalisation à domicile fait partie de ces mutations prioritaires permettant de réduire la durée de l'hospitalisation complète et d'améliorer l'organisation des soins en favorisant la coopération entre l'hôpital et la médecine de ville.

Cette alternative à l'hospitalisation traditionnelle, inscrite dans le schéma régional d'organisation sanitaire<sup>1</sup>, a pour vocation principale d'assurer des soins continus et coordonnés à un patient. A la demande de ce dernier et de sa famille, cette prise en charge globale s'exerce à domicile. Cette structure est particulièrement adaptée au suivi des maladies chroniques ou évolutives, comme les cancers, les pathologies infectieuses (VIH), neurologiques ou cardio-vasculaires. Elle répond aux situations relevant des soins palliatifs. L'HAD concerne aussi le suivi des femmes enceintes, les suites de couches ainsi que les nourrissons.

La circulaire du 30 mai 2000 relative à l'HAD a constitué une étape importante quant au développement de ces structures. Une circulaire récente<sup>2</sup> complète la précédente élargissant le champ d'activités relevant de l'HAD et rappelant le caractère généraliste et polyvalent de cette entité.

L'évolution du système de santé et les réformes annoncées ont une incidence sur l'organisation des établissements de santé ce qui nécessite le développement de nouvelles stratégies de soins. Ces dernières incitent les professionnels à adapter leurs pratiques et à envisager d'autres lieux de travail.

En ce sens, l'HAD propose un accès direct aux soins de proximité ; cela implique les soignants dans une dynamique de réseaux et exige l'acquisition de compétences spécifiques. La création d'une telle unité dans le paysage hospitalier s'inscrit alors dans un programme prévisionnel des emplois et des compétences permettant d'anticiper les

---

<sup>1</sup> Schéma régional d'organisation sanitaire : SROS ; circulaire DHOS du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>e</sup> génération.

<sup>2</sup> Circulaire DHOS du 04 février 2004 relative à l'HAD

transformations d'activité ou de structure et d'adapter les professionnels à de nouveaux projets thérapeutiques.

L'ouverture de l'HAD vers les professionnels de la ville, en particulier vers les paramédicaux libéraux et les services de soins infirmiers à domicile<sup>3</sup> est un changement favorisant une prise en charge multidisciplinaire.

L'objectif de ce mémoire est d'apporter un éclairage sur la contribution du Directeur des Soins<sup>4</sup> dans l'avènement d'une entité aux enjeux et interfaces multiples et dont l'intérêt n'est plus à démontrer.

L'article 4 du Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la FPH stipule le rôle du directeur des soins dans l'organisation et la mise en œuvre de nouvelles activités ; l'HAD en est un exemple.

Le thème retenu s'inscrit à la fois dans une préoccupation d'actualité et dans une projection professionnelle.

### **IDENTIFICATION DU PROBLEME :**

Dans le contexte de recomposition de l'offre de soins, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation<sup>5</sup> de Lorraine étudie l'opportunité d'implantation de structures d'HAD dans différents secteurs de la région.

La Meuse fait partie des départements qui ne disposent à ce jour d'aucune structure d'HAD.

Concernant le territoire de santé, « le Pôle de Santé Sud Meusien<sup>6</sup> », dont relève le Centre Hospitalier d'affectation, l'ARH envisage la création d'un service d'HAD polyvalente de 16 à 20 places (nombre de places autorisées selon l'étude des besoins) et fait appel à projets. Cet appel permet aux différents acteurs, établissements de santé publics ou privés et organismes associatifs, d'intégrer l'étude d'opportunités se concluant par des contrats d'objectifs et de moyens<sup>7</sup>.

Le Centre Hospitalier a inscrit dans son projet d'établissement (2002-2006) le développement des alternatives à l'hospitalisation et le renforcement des liens «ville hôpital» dans le cadre des réseaux de soins ; il devient ainsi l'un des promoteurs du projet "HAD".

---

<sup>3</sup> SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.

<sup>4</sup> DS : Directeur des Soins.

<sup>5</sup> ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

<sup>6</sup> PSSM : Pôle de santé Sud Meusien

<sup>7</sup> COM : Contrats d'objectifs et de moyens.

En tant que DS, il s'agit de s'approprier cette question et s'y inscrire comme acteur, membre de l'équipe de direction. Contribuer à la mise en œuvre d'une telle structure permet de rompre avec les prises en charges « traditionnelles » hospitalières.

La création d'une HAD suscite des interrogations qui permettent d'étayer la réflexion :

- Quel est l'impact d'un service d'HAD dans le paysage hospitalier et pour la direction des soins? Cette "enclave hospitalière" au domicile des patients ouvre-t-elle les professionnels vers la médecine libérale et vers une activité originale et particulière du métier en dehors des « murs institutionnels » ?
- Quelles sont les conséquences liées à la création d'un service d'HAD dans le cadre de la gestion prévisionnelle des ressources humaines?
- Quelles orientations managériales devront être retenues ?
- L'exercice en HAD nécessite-t-il des compétences spécifiques?
  - Détermination de la nature des emplois.
  - Recherche d'aptitudes requises particulières.
  - Recrutement sur des profils et fiches de poste.
  - Acquisition et développement des compétences spécifiques.
- Quelle politique de formation continue et d'adaptation à l'emploi mettre en place pour répondre à la spécificité de l'HAD ?
  - Comment développer la liaison avec les instituts de formation dans le cadre des futures adaptations à l'emploi ?
  - Comment bâtir un programme de formation permanente interprofessionnelle commune, secteur libéral et secteur hospitalier ? En développant plus particulièrement des actions telles que la prise en charge de la douleur, l'éducation thérapeutique ou les soins palliatifs ?
- Activité complétant les dispositifs hospitaliers présents, cette entité génère-t-elle une attractivité supplémentaire favorisant la mobilité entre secteurs intra et extra hospitaliers pour les professionnels mais aussi la fidélisation des personnels?

Ces questions permettent d'orienter la problématique. La qualité et la sécurité des soins dispensés dans les unités font partie des missions prioritaires du directeur des soins ; les perspectives de changement permettent d'impulser une dynamique managériale pour que les professionnels puissent de façon optimale répondre aux attentes de la personne, demandant à être soignée dans son environnement.

☞ La question centrale est : **la création d'un service d'HAD au sein d'un territoire de santé est elle une opportunité managériale pour le Directeur des Soins ?**

Elle énonce les hypothèses suivantes :

**Pour répondre à la spécificité de l'HAD, les conséquences managériales de son implantation nécessitent :**

- ☞ **Le développement de compétences particulières pour le personnel;**
- ☞ **La mise en œuvre d'un programme d'adaptation à l'emploi intégré à un projet professionnel ;**
- ☞ **L'implication de la direction des soins dans le réseau «ville hôpital » contribuant à l'ouverture d'un nouvel espace de soins en intra et extra hospitalier.**

## **METHODOLOGIE**

La méthodologie comporte 3 phases :

- La première partie sera consacrée à une approche théorique destinée à clarifier les concepts d'HAD et préciser les orientations nationales et réglementaires sur ce sujet. De ces généralités seront proposées les enjeux managériaux induits par l'HAD.
- La seconde partie recherchera, par l'exploitation des entretiens semi directifs réalisés auprès des professionnels concernés par l'HAD ou impliqués dans son activité, une réponse à la question centrale énoncée . Leurs analyses permettent de vérifier les hypothèses.
- Le dernier chapitre envisagera la contribution du DS dans la mise en œuvre d'un projet d'adaptation à l'emploi, ciblé sur le personnel IDE, développant leurs compétences, intégrant un parcours professionnel individuel et un programme de formation spécifique autour de l'HAD.

Les actions proposées sont complétées par trois objectifs sous-jacents pour la direction des soins : l'attractivité et la fidélisation des professionnels au sein de l'établissement et l'intégration dans le réseau « ville hôpital », répondant à une meilleure prise en charge de proximité.

# 1 CHAPITRE : APPROCHES CONCEPTUELLES ET GENERALITES SUR L'HAD

Dans ce chapitre, il s'agit d'étudier théoriquement les différentes facettes de l'entité « HAD ». Le cadre conceptuel aborde l'historique, l'aspect réglementaire ainsi que les attentes de la population qui se traduisent par les injonctions ministérielles et les recommandations des sociétés savantes.

Appréhender les diverses composantes d'un tel service permet d'envisager, une réflexion théorique sur les aptitudes et les compétences attendues en HAD.

## 1.1 DEFINITION et MISSIONS PRIORITAIRES

La circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile précise : « *l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins.* »

La circulaire du 04 février 2004 rappelle la définition du code de la santé publique<sup>8</sup> suivante : « *les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.* »

L'HAD nécessite des soins coordonnés et continus quasi-quotidiens, régulièrement évalués et d'une certaine intensité. Il s'agit de la mise en œuvre d'un projet thérapeutique pluridisciplinaire. L'intensité des actes et des interventions au chevet du patient, notamment des soins infirmiers, permet de distinguer la prise en charge en HAD, des autres modes de prise en charge à domicile. La circulaire du 30 mai 2000 rappelle les conditions de non admission.

---

<sup>8</sup> Article R.712-2-1 circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

L'objectif est d'organiser la coordination des acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux du domicile garantissant la sécurité, la qualité et la continuité des soins. Le patient, responsable de son choix de vie, reste au cœur du dispositif.

Les structures d'HAD mettent en œuvre les moyens de garantir la permanence et la continuité des soins, en étant accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et en s'assurant notamment de la tenue et la circulation du dossier médical.

Le profil des patients admis en HAD est défini par des modes de prise en charge. Ces derniers sont déterminés par la conjugaison d'une échelle de dépendance (indice de Karnofsky<sup>9</sup>) et d'une des trois catégories<sup>10</sup> de soins (ponctuel, continu, réadaptation) définies dans la circulaire du 30 mai 2000.

La circulaire du 04 février 2004<sup>11</sup> permet de développer des activités spécialisées (périnatalité, pédiatrie et psychiatrie) qui élargissent le champ des pathologies habituellement rencontrées (cancérologie, maladies neurologiques et soins palliatifs).

## 1.2 HISTORIQUE ET EVOLUTION DE LA REGLEMENTATION

### 1.2.1 HISTOIRE DE L'HAD

« Survol » historique du XVIII siècle à nos jours :

➤ **1790** : première idée de retour à domicile évoquée par le Président du « comité de mendicité » de l'Assemblée Constituante, La Rochefoucauld-Liancourt

➤ **1947** : au lendemain de la seconde guerre mondiale, la surpopulation des hôpitaux américains trouve une réponse dans la création du « HOME HEALTH CARE » par le Docteur Bluestone.

➤ **1955** : le Professeur F. Siguier, chef de service à l'hôpital de Tenon, Assistance Publique de Paris<sup>12</sup>, crée une organisation similaire aux « home care » à partir de son service de médecine générale. Il devient ainsi l'un des précurseurs du concept français de l'HAD, aidé dans sa tâche par un administrateur de l'AP, Mr J. Esteve. La première infirmière d'une unité d'HAD a été Mme Y. Spadoni.

➤ **1957** : pour désencombrer les hôpitaux parisiens, ouverture expérimentale de l'HAD des hôpitaux de Tenon et de Saint Louis, AP de Paris. Du 1<sup>er</sup> janvier 1957 au 30 septembre 1958, 163 malades ont été admis dans cette HAD.

---

<sup>9</sup> Annexe n°1

<sup>10</sup> Annexe n°2

<sup>11</sup> Circulaire DHOS/O n°44 du 04 février 2004 relative à l'HAD.

<sup>12</sup> AP de Paris : Assistance Publique de Paris.

➤ **1958** : création de « Santé Service » à Puteaux sur l'initiative du Professeur Denoix, Directeur de l'Institut Gustave Roussy de Villejuif. Cette association est destinée dans un premier temps à des malades cancéreux.

➤ **1960** : première convention concernant la mise en œuvre d'un service HAD de l'AP de Paris avec la caisse régionale de sécurité sociale de Paris ; dès les débuts de l'HAD, un certain nombre de métiers était représenté : le médecin hospitalier et le médecin traitant, l'assistante sociale, l'infirmière, l'aide soignante ou l'aide ménagère.

➤ **1965** : création du secteur de pédiatrie en HAD

➤ **1973** : la France compte une dizaine de structures d'HAD, essentiellement urbaines.

➤ **1975** : ouverture du premier service de kinésithérapie à domicile

➤ **1978** : ouverture du premier service d'obstétrique et d'ergothérapie en HAD puis en **1986** le service de diététique.

☞ Tableau récapitulatif de l'évolution du nombre d'HAD en France :

Années	1979	1992	1997	1999	2000	2003	2005
Nombre d'HAD	20	41	50	68	76	108	?
Nombre/places autorisées				3907		4739	<b>8000</b>
Nombre/places installées				3832		4206	?
Répartition des installations				42% publiques/PSPH 58% privées		48% publiques/PSPH 52% privées	?

L'implantation nationale se concrétise en fonction de l'évolution du cadre juridique (particulièrement depuis les décrets d'octobre 1992), des impératifs économiques et de la volonté politique des acteurs dans les régions (tutelles, établissement de santé, secteur libéral...).

Malgré la nécessité de développer des structures « d'alternatives à l'hospitalisation complète », la progression est lente :

➤ **1999** : 52 départements sont dépourvus d'HAD. Les structures existantes sont essentiellement urbaines.

➤ **2000** : évolution de la réglementation et définition du rôle de l'HAD et des différents intervenants.

➤ **2002** : 33 départements n'offrent toujours pas de place ; les structures nouvellement créées sont situées majoritairement dans des départements souvent peu urbanisés.

➤ **2003 et 2004** : la révision des Schémas régionaux d'organisation sanitaire II<sup>13</sup> et l'élaboration des SROS III intègrent le développement de l'HAD en particulier dans les zones géographiques qui en sont dépourvues ; la création d'HAD à partir d'un établissement de santé ou d'un hôpital local est vivement encouragée.

Suite aux effets de la canicule de l'été 2003, un des volets du plan « urgences » précise que le développement de l'HAD bénéficie d'un accompagnement financier<sup>14</sup> permettant d'atteindre une capacité totale de **8000** places début **2006**. D'autres éléments incitatifs encourageront ce développement par une uniformité dans le financement des HAD publiques/privées et avec l'avènement de la tarification à l'activité.

### 1.2.2 EVOLUTION LEGISLATIVE ET REGLEMENTAIRE

L'existence de nombreux textes législatifs récents encadre cette discipline.

La **chronologie des textes principaux** est la suivante:

➤ Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière : l'HAD est reconnue officiellement par l'article 4 de la loi. Aucun décret d'application n'a suivi cette loi.

➤ Circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie du 29 octobre 1974 fixe les règles devant régir la création et le fonctionnement d'une structure d'HAD.

➤ Décrets n° 92.1100, 1101 et 1102 du 02 octobre 1992 relatifs aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Ces décrets reconnaissent officiellement l'HAD en tant qu'alternative à l'hospitalisation classique. Trois nouveautés sont précisées : la place du médecin libéral, qui peut prescrire l'HAD, la création et le rôle d'un médecin coordonnateur au sein de l'HAD, l'obligation d'une permanence et d'une continuité des soins.

➤ Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'HAD, complétée par la circulaire de la DHOS du 11 décembre 2000 relative « aux modes de prise en charge et critères de classement en HAD. » ; ces deux circulaires précisent le rôle et le fonctionnement des structures HAD ainsi que les indications sur les patients relevant de cette prise en charge spécifique et des types de soins délivrés. La qualité de la prise en charge est déclinée comme la nécessité de formation des intervenants en particulier dans le domaine de la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

➤ Circulaire DHOS/DGS du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs, il est indiqué : « dans le cadre de la prise en charge palliative, l'HAD constitue un moyen de retour ou de maintien à domicile d'une personne en fin de vie. »

---

<sup>13</sup> SROS : Schémas régionaux d'organisation sanitaire de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> générations.

<sup>14</sup> Circulaire DHOS/O n°36 du 02 février 2004 relative à la campagne budgétaire 2004 : 66 millions d'euros : 16 millions/€ en 2004; 50 millions /€ en 2005.

➤ Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

➤ Circulaire n°DHOS/2003/485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n°2003-850 du 04 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ; l'article 12 de l'ordonnance dispose que la création de places d'HAD n'est plus soumise à la carte sanitaire ; de plus l'article 8 marque la fin du taux de change place / lit (ouverture d'une place en HAD= fermeture de deux lits d'hospitalisation).

➤ Circulaire DHOS-F2-O2004 n°36 du 02 février 2004 relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale. Cette circulaire précise les sommes allouées pour l'accompagnement budgétaire du développement des HAD, qui est un des axes du plan urgences.

➤ Circulaire DHOS/O/n°44 du 04 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. L'objet de cette circulaire est de préciser les missions et les modalités de prise en charge en HAD en général, et avec l'élargissement à la périnatalité, la pédiatrie et la psychiatrie.

➤ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. Cette circulaire précise dans le chapitre II, le nécessaire développement des alternatives à l'hospitalisation et de l'accès aux soins de proximité ; l'HAD s'inscrit dans cet objectif.

### **1.3 ORIENTATIONS NATIONALES, REGIONALES ET DEPARTEMENTALES**

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées entend développer l'hospitalisation à domicile. Le plan ambitieux de doublement des places d'HAD est engagé pour 2004 et 2005.

Ce développement sera rendu possible grâce à une politique volontariste reposant à la fois sur une modification de la planification, une nouvelle tarification à l'activité et un accompagnement financier à la hauteur des objectifs fixés.

Cette augmentation de 4700 à 8000 places répond à la demande des patients qui souhaitent demeurer à leur domicile lorsque cela reste possible.

La circulaire du 04 février 2004 fait suite aux circulaires précédentes sur l'HAD et complète le dispositif par un texte réglementaire sur les personnes âgées, les soins de suite et les soins palliatifs en HAD.

### **1.3.1 AU NIVEAU NATIONAL**

L'entretien à la DHOS auprès du service chargé des réseaux, des complémentarités et de la reconstitution des activités de soins rappelle que la couverture nationale des places en HAD est insuffisante ; les Agences Régionales d'Hospitalisation sont incitées fortement à créer dans leur région de tels services, en particulier dans les départements qui en sont dépourvus. La répartition sur le territoire national doit être plus équitable en veillant aux implantations en zone rurale. Cet essor attendu est favorisé par la modification de la réglementation<sup>15</sup> avec notamment la suppression de l'imputation à la carte sanitaire, du taux de change et l'intégration de l'HAD polyvalente dans les futurs SROS.

### **1.3.2 AU NIVEAU REGIONAL**

La rencontre avec le médecin inspecteur de l'ARH Lorraine, chargé du dossier des alternatives à l'hospitalisation, permet de faire un bilan de l'existant des structures HAD dans la région. De nombreux appels à projet sont en cours avec, sur un département, l'expérimentation d'une méthodologie pour l'étude des besoins.

Au vue de l'organisation actuelle de cette filière de prise en charge des patients, le renforcement des liens entre la ville et l'hôpital est attendu dans le cadre des réseaux ; l'établissement de santé et l'HAD doivent contribuer à cette coopération entre les différents secteurs sanitaires et sociaux, favorisant l'ouverture vers la cité et en ne créant pas de rupture entre les deux dispositifs. Les libéraux doivent être inclus dès l'origine du projet pour que le médecin traitant reste le pivot de la prise en charge médicale. L'articulation avec les centres de soins infirmiers et les SSIAD existants est primordiale pour fédérer les acteurs autour du patient à son domicile.

### **1.3.3 AU NIVEAU DEPARTEMENTAL**

L'entretien avec le directeur de la DDASS de Meuse situe la problématique dans le contexte géographique. Compte tenu de la physionomie du département (prédominance d'une population rurale, absence d'agglomération à forte densité de population) la volonté de la tutelle est de construire un dispositif s'appuyant sur les forces « vives » du territoire de santé :

- Les professionnels de terrain motivé pour ce projet en particulier les médecins traitants, pivots de la prise en charge à domicile.

---

<sup>15</sup> Ordonnance n°2003-850 du 04 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

- Les équipes de soignants, organisées sur les centres de soins infirmiers implantés sur le territoire.
- Les professionnels de santé libéraux.
- L'établissement de santé public de référence.
- La clinique privé.
- Les structures sociales de la ville : centre communal d'actions sociales.

Du fait de la démographie médicale et paramédicale du secteur libéral comme dans de nombreux territoires de l'Est de la France, hors métropoles régionales, les promoteurs d'un projet d'HAD devront fédérer leur force pour présenter à l'ARH un COM « HAD » commun. Les formes que pourrait revêtir cette structure se référeront aux possibilités statutaires existantes liant les différents partenaires : structure hospitalière, association, conventions, groupement de coopération sanitaire... Pour le directeur de la DDASS, le projet HAD devra s'articuler principalement avec l'établissement public de santé. L'HAD trouve ainsi une place prépondérante dans la coordination « ville hôpital », intégrant les réseaux existants (cancérologie, diabète, personnes âgées...) et futurs.

## **1.4 PRINCIPES GENERAUX DE LA PRISE EN CHARGE EN HAD**

### **1.4.1 CRITERES D'ADMISSION ET PATHOLOGIES REFERENCEES**

Les critères d'admission sont liés à la densité des soins et se réfèrent à une liste des différents modes de prise en charge<sup>16</sup>. Ils concernent les patients de tout âge.

L'admission est prononcée sur prescription médicale (médecin hospitalier ou médecin libéral) après avis du médecin coordonnateur de l'HAD et de l'encadrement précisant la disponibilité des équipes. L'entrée en HAD peut se faire soit avant ou après un séjour hospitalier, après une consultation externe ou directement par le médecin traitant. L'HAD est prescrite pour une durée limitée mais peut être renouvelée.

L'HAD est centrée sur le patient dans son projet de vie; celui-ci est admis en HAD en fonction du niveau de soins nécessité par le diagnostic quel qu'en soit l'étiologie. Le projet thérapeutique formalise l'ensemble des soins et interventions que justifie l'état du patient. L'élaboration du projet thérapeutique est conjointement menée par le prescripteur et l'équipe de coordination de l'HAD pour chaque personne soignée.

Les circulaires précisent que l'HAD « *concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques* ».

---

<sup>16</sup> Annexe n°2

La liste des pathologies principales compatibles avec la prise en charge en HAD présentée ci-après n'est pas exhaustive et ne donne qu'une indication des étiologies d'entrée:

➤ Cancérologie et cure de chimiothérapie à domicile. (Pathologies majoritairement traitées en HAD)

- Neurologie : Accident vasculaire cérébral, affections neurodégénératives.
- Maladies cardiovasculaires et métaboliques.
- Affections de l'appareil locomoteur
- Suites opératoires: traumatologie, orthopédie, chirurgie vasculaire, digestive...
- Pathologies infectieuses virales ou bactériennes.
- Assistance respiratoire ou nutrition parentérale associées à d'autres soins.

D'autres indications autorisent la prescription d'une HAD :

➤ Les soins palliatifs : les patients peuvent, s'ils le souhaitent, finir leur vie à domicile, à qualité de prise en charge égale à un service hospitalier.

➤ La prise en charge de la douleur chronique ou aiguë.

➤ La périnatalité offre à domicile, à la mère ou à son enfant, une alternative à l'hospitalisation complète ; les indications sont précisées dans la partie II de la circulaire du 04 février 2004. (*Cahier des charges de la prise en charge en HAD en périnatalité*)

➤ La pédiatrie : la prise en charge en HAD pédiatrique peut aller jusqu'à 18 ans ! Les différents modes de prise en charge et types de soins sont précisés dans la partie III de la circulaire du 04 février 2004. (*Cahier des charges de la prise en charge en HAD en pédiatrie*)

➤ La psychiatrie en HAD renforce le dispositif des modalités de prise en charge psychiatrique. Le rôle et les objectifs de l'HAD en psychiatrie comme les modalités de prise en charge sont précisés dans la partie IV de la circulaire du 04 février 2004. (*Cahier des charges de la prise en charge en HAD en psychiatrie*)

La circulaire du 04 février 2004 sera complétée par des textes sur la prise en charge en HAD des personnes âgées et des soins de suite.

#### **1.4.2 ASPECTS FINANCIERS**

La spécificité de l'HAD explique les disparités de niveaux d'allocation de ressources justifiées par l'hétérogénéité des pathologies prises en charge et des soins dispensés.

L'absence de valorisation de l'activité « HAD » dans le PMSI<sup>17</sup> n'incite pas les médecins et les directions des hôpitaux à s'engager dans cette voie d'alternative à

---

<sup>17</sup> PMSI : Programme de médicalisation du système d'information.

l'hospitalisation ; de plus, le système de tarification en vigueur est peu attractif et varie d'une structure à l'autre, d'une région à l'autre.

Le clivage est le suivant : pour les services HAD gérés par les établissements publics ou privés PSPH, les tarifs sont en général des « tout compris » intégrés à la dotation globale, alors que dans les structures privées, le forfait englobe, outre la coordination médicale et les frais généraux, les soins infirmiers ; la kinésithérapie, l'aide ménagère et certaines fournitures. Des prestations sont exclues du tarif de prise en charge : les honoraires médicaux, actes de radiologie, les frais de laboratoire et de pharmacie.

L'évaluation médico-économique des structures d'HAD est difficile pour les financeurs.

Un groupe de travail de la DHOS travaille depuis 2002 sur la tarification et le financement de l'HAD en lien avec le CREDES<sup>18</sup>.

Les principales recommandations proposées sont l'harmonisation du financement des services d'HAD et s'inscrivent dans une perspective de tarification à l'activité<sup>19</sup> HAD (plan hôpital 2007 et T2A : au 01 octobre 2004 pour le privé et au 01 janvier 2005 pour le public).

La difficulté est d'évaluer le coût journalier de prise en charge globale des patients en HAD en fonction des pathologies traitées, des objectifs de soins et des protocoles appliqués. Cette tarification prendra à la fois en compte la complexité de la prise en charge et le niveau de dépendance.

La levée du système de gage de lits (fermeture de 2 lits d'hospitalisation classique contre l'installation d'un place d'HAD) précisée par la circulaire DHOS du 04 février 2004 n'est plus un frein à la création de nouvelles structures.

En 2004, le coût moyen de prise en charge en HAD est estimé à environ 140€ par journée, qui se répartit de la façon suivante, d'après l'enquête du CREDES<sup>20</sup> :

- 119€ couverts par le prix de journée de la structure d'HAD dont 77€ de coût médical direct et 42€ de coût de coordination médico-social et de fonctionnement ;
- 21€ supportés en sus par l'assurance maladie soit 15% du coût global (coût médical direct)
- Le coût médical direct (coût des soins délivrés au patient) représente environ 70% du coût global de prise en charge en HAD soit 98€. Les 30% restants se

---

<sup>18</sup> CREDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

<sup>19</sup> T2A : Tarification à l'activité

<sup>20</sup> « Evaluation du coût de la prise en charge globale en HAD » Aligon A., rapport du CREDES n°1484, juin 2003.

répartissent entre la coordination médico-social (temps consacré par l'équipe de l'HAD aux tâches de coordination) et les frais de fonctionnement de la structure d'HAD.

➤ Les soins infirmiers rassemblent 39% du coût médical direct, suivis de la pharmacie (21%) et du matériel médical (18%).

Le coût moyen par journée varie selon les types de pathologies, la durée du séjour, la nature du protocole principal ou primaire et l'indice de dépendance locomotrice du patient.

En fonction de son altération de santé, un patient peut recevoir un ou plusieurs protocoles de soins. Le protocole principal est celui qui suscite la consommation la plus importante de ressources au cours du séjour ; les plus fréquents sont les soins palliatifs (21%), la chimiothérapie (19%), les pansements complexes, notamment les pansements d'escarres (15%), les soins d'hygiène (9%) et les traitements intraveineux (8%).

Selon le protocole de soins retenu les coûts moyens par journée s'échelonnent de 50€ à 211€.

Quelques exemples (prix par journée):

la nutrition parentérale (211€)
les traitements intra veineux (193€)
l'assistance respiratoire (189€)
les soins palliatifs (172€)
la chimiothérapie (155€)
rééducation neurologique ou orthopédique (127€)
pansements complexes (125€)

soins d'hygiène « lourds » (120€)
prise en charge de la douleur (115€)
soins post-chirurgicaux, surveillance post chimiothérapie (90€)
éducation du patient et/ou son entourage (50€).

Les tarifs sont dégressifs en fonction du nombre de semaines consécutives de prise en charge. (Séjour de moins d'une semaine, séjour de d'une à deux semaines, séjour plus longs).

La durée de séjour et la nature du protocole principal de soins sont les deux premiers déterminant du coût.

### 1.4.3 PROFESSIONNELS DE L'HAD :

La prise en charge en HAD nécessite une coordination des soins et implique une équipe pluridisciplinaire. Pour organiser les soins, préciser le projet thérapeutique et assurer le suivi des patients et soutenir son entourage. L'HAD s'appuie sur l'équipe de coordination et regroupe :

➤ Pour le suivi médical :

- le médecin coordonnateur est garant de la faisabilité des thérapeutiques au domicile en accord avec le médecin traitant et de l'exécution coordonnée des traitements prescrits ; responsable de l'évaluation de la prise en charge du patient, il émet un avis médical pour toute admission. Il est le référent médical de la structure. Il est l'interface entre les différents prescripteurs : médecins traitants, praticiens hospitaliers, médecins spécialisés. Le médecin coordonnateur intervient dans l'évaluation des soins en HAD; c'est le référent médical des équipes paramédicales engagées sur le terrain et assure un rôle pédagogique. Chaque semaine, une (ou plusieurs selon la structure) réunion de synthèse, animée par le médecin coordonnateur, permet d'évaluer avec le personnel soignant les prestations délivrées aux patients.
- Le praticien hospitalier<sup>21</sup> peut être le médecin prescripteur de l'HAD ; il élabore le projet thérapeutique en lien avec l'équipe d'HAD et assure la liaison avec le secteur hospitalier et le suivi des protocoles médicaux élaborés dans l'établissement ou au sein du réseau.
- Le médecin traitant, libéral prescripteur de l'HAD est choisi par le patient. Il est responsable du suivi du patient et partage le projet thérapeutique.

➤ L'encadrement infirmier d'une équipe de soins : la mission d'encadrement est confiée, selon la taille de la structure, à un cadre de santé, coordonnateur non médical de l'HAD, un cadre supérieur de santé ou à un Directeur des soins. Les fonctions principales de management sont identiques à toutes celles développées dans un service de soins mais s'effectuent « à distance ». La particularité est de maintenir une bonne cohésion au sein d'une équipe dispersée dans un secteur géographique donné. L'animation est complexe car elle prend ici une forme spécifique de coordination des interventions entre de multiples acteurs et une dynamique de groupe au sein d'un réseau, autour de plusieurs patients et des familles. Au côté du médecin coordonnateur, le CS planifie les entrées, veille à la répartition de la charge de travail des soignants, vérifie la compatibilité des soins au regard de l'exercice à domicile et assure la liaison entre l'hôpital, le secteur libéral et le secteur social.

---

<sup>21</sup> PH : praticien hospitalier.

➤ Les Soins infirmiers et les soins dispensés par les AS : l'équipe IDE et AS reste principalement responsable de la coordination des soins et du suivi des patients. La continuité et la sécurité sont assurées par ces professionnels de jour comme de nuit. Les modalités organisationnelles varient selon le type et la taille de l'HAD. Les soins diffèrent en fonction du patient et de son projet thérapeutique.

➤ Les Soins de rééducation sont réalisés par les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes essentiellement libéraux. Pour toutes les questions liées à la nutrition et plus particulièrement aux régimes alimentaires, l'HAD offre la compétence de diététiciennes.

➤ Pour la périnatalité, l'appel à des sages femmes libérales et des puéricultrices permet la prise en charge des parturientes et des nouveaux nés.

➤ L'accompagnement psychosocial du patient et de sa famille durant l'HAD est parfois nécessaire. L'intervention des psychologues est intégrée aux prestations proposées en HAD. Ce soutien psychologique peut aussi s'adresser aux soignants soumis à des situations difficiles dans l'exercice de leur fonction.

➤ Le service social élabore le projet de vie avec le concours de la famille ; l'assistante sociale évalue avec l'IDE les altérations liées à la perte d'autonomie et les conséquences sur l'environnement du patient. Elle coordonne les aides nécessaires pour les personnes dépendantes (garde malade, auxiliaire de vie sociale, assistante de vie sociale, aide ménagère, portage des repas, téléalarme...). Cette évaluation s'accompagne de démarches administratives et de conseils financiers conditionnant l'admission en HAD.

➤ Le secrétariat assure l'aspect administratif de la structure et la gestion des dossiers médicaux et sociaux des patients. Cette présence permet de mettre en place un accueil et une permanence téléphonique pendant les périodes diurnes.

➤ Les prestataires de service offrent un soutien logistique nécessaire pour la fourniture et la gestion du matériel médical, des équipements de soins et d'hygiène (appareils de dialyse, d'oxygénothérapie, pompes ou poussettes seringues, dispositifs de télésurveillance, lits médicalisés et mobiliers adaptés aux soins et au confort du patient). L'HAD travaille avec des fournisseurs de matériel médical ou par le biais des pharmacies dans le respect des règles du marché et de la concurrence.

Ce type d'organisation repose sur une coordination efficace et favorise le *continuum* de la prise en charge du patient.

La diversité des réponses aux besoins, générée par l'HAD, conduit à une organisation en réseau des professionnels de santé et sociaux. Le personnel est soit salarié de la structure soit libéral, lié par des conventions et indemnisé sur la base d'un forfait ou à l'acte.

Une partie ou la totalité (selon le promoteur et le scénario retenu) du personnel de l'HAD proviendra de l'établissement de santé référent (en temps qu'employeur principal ou membre de l'association). Le DS du CH se doit de réfléchir avec le DRH sur les compétences attendues au regard de l'exercice professionnel en HAD. Cette dimension sera plus particulièrement recherchée dans les entretiens et développée dans le 3<sup>e</sup> chapitre, relatif aux propositions d'actions.

Le dernier paragraphe de ce chapitre aborde les concepts de management autour du projet HAD.

## **1.5 APPROCHE THEORIQUE DES ENJEUX MANAGERIAUX EN HAD**

La création d'une HAD s'inscrit dans l'évolution des organisations de prise en charge. Une modification des pratiques de soins et d'exercice professionnel s'élabore en équipe de direction.

Projeter les conséquences sur les besoins quantitatifs et qualitatifs, repérer les professionnels susceptibles d'être confrontés aux nouveaux enjeux que représentent l'HAD, permettent au DS de déduire des actions à mener pour mettre en adéquation les ressources avec les besoins et répondre à cet adage « un bon agent au bon poste pour un bon soin ».

L'anticipation du DS dans le projet vise à adapter et développer les qualités professionnelles qui permettront aux agents d'exercer dans un secteur spécifique et en nette évolution.

Cette projection s'élabore avec le DRH dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences<sup>22</sup>.

Les questions liées aux effectifs, en particulier l'aspect quantitatif (GPEC et tableau des emplois, demandes de moyens supplémentaires, recrutement ou redéploiement) ne sont pas abordées dans ce travail ; elles feront partie des négociations autour du futur COM, engageant la structure HAD et l'ARH.

Les qualifications (diplômes ou titres professionnels) des intervenants sont connues et concernent principalement les IDE, les MKDE<sup>23</sup> et les AS.

La réflexion porte alors sur les aptitudes et les compétences requises.

---

<sup>22</sup> GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

<sup>23</sup> MKDE : Masseur kinésithérapeute DE

Le DS se doit d'appréhender les transformations des compétences existantes et préparer les professionnels à une évolution d'activité en enrichissant leurs savoirs et en les orientant vers une démarche volontaire.

Cette gestion prévisionnelle des compétences se traduit par un « programme – projet HAD » ciblé et connu. Ce programme est matérialisé par des formations d'adaptation à l'emploi, des itinéraires professionnels clairement balisés et un accompagnement par la direction des soins. L'agent peut alors s'impliquer et investir le champ d'activité choisie, dans le cadre de son projet professionnel.

### 1.5.1 APTITUDES PROFESSIONNELLES

Le petit LAROUSSE propose la définition suivante : « apte à quelque chose, à faire quelque chose dans le cadre professionnel, se dit d'une personne qui est naturellement capable. »

L'aptitude désigne une disposition innée qui permet de développer une capacité à accomplir une certaine tâche ou un type de tâches. L'aptitude fait appel à la personnalité individuelle et au comportement. C'est le savoir être.

Les aptitudes requises peuvent se décliner en

- Aptitudes physiques nécessaires à l'exercice professionnel
- Aptitudes individuelles
- Aptitudes relationnelles
- Aptitudes intellectuelles

Le soignant présente des qualités professionnelles qui lui permettent de répondre au métier exercé, d'agir et interagir. L'aptitude ne suffit par elle-même pour effectuer une tâche ; elle doit être développée.

### 1.5.2 COMPETENCES

#### A) ÉLÉMENTS DE DEFINITION

Le Petit Larousse donne la définition suivante : « capacité reconnue en telle ou telle matière et qui donne le droit d'en juger ».

D'autres auteurs proposent :

- « *Un ensemble de connaissances, de capacités d'action, de comportements structurés en fonction d'un but à atteindre, dans une situation donnée*<sup>24</sup> ».

---

<sup>24</sup> G MALGLAIVE du conservatoire des arts et métiers – la compétences aux cœur des organisations- Gestions hospitalières n°152- février 1999, pp112-115.

➤ « *L'IDE travaille au moins depuis 3 ans dans un service ; elle maîtrise la situation, sait s'organiser, perçoit les variations de comportements des malades, elle est capable de faire face aux imprévus avec efficacité*<sup>25</sup> ».

➤ « *Ensemble de connaissances et de capacités qui s'exerce en situation et permet la réalisation d'activités*<sup>26</sup>. »

Ces quelques définitions permettent de dire que la compétence est un concept, c'est-à-dire quelque chose d'abstrait.

Ce qui apparaît, c'est l'expression de la compétence, son résultat. En effet c'est dans l'action que les compétences peuvent se manifester. Elles s'expriment en terme « d'être capable de<sup>27</sup> ».

Un professionnel est dit compétent, s'il a la capacité de mobiliser ses connaissances (savoir) et son savoir faire pour maîtriser une situation professionnelle dans un contexte donné. Son savoir être complète cette compétence permettant de développer des comportements humains et relationnels adaptés aux situations professionnelles rencontrées.

La compétence est associée à l'idée de changement, de mutation et d'innovation. « *Elle ne se limite pas à l'expérience et ne se confond pas avec la performance*<sup>28</sup> »

## B) LES DIFFERENTES DIMENSIONS DE LA COMPETENCE : LES SAVOIRS

La compétence possède plusieurs dimensions :

➤ Compétences techniques : c'est le professionnalisme de base, la reconnaissance du métier.

Un(e) jeune diplômé(e), « le débutant, la débutante, la novice » selon P.BENNER, recherche dans les premières années d'expériences professionnelles l'acquisition de ce *savoir technique* : la maîtrise et la sûreté du geste. Il s'agit aussi d'être capable de mettre en œuvre ses *savoirs théoriques* (savoirs disciplinaires) pour réaliser un acte et avoir la capacité à enchaîner des opérations dans un ordre logique ; cette succession d'actions est décrite dans les procédures et les protocoles, le « comment faut il faire ? ». Cette logique mobilise les *savoirs procéduraux*.

---

<sup>25</sup> P.BENNER – de novice à experte- excellence en soins infirmiers- Intervention- mars 1999, pp 23-25.

<sup>26</sup> Elaboration d'un référentiel compétences de l'AS : document de travail du Groupe d'Etudes de Recherche et d'Action pour la Formation d'AS (GERACFAS)

<sup>27</sup> R.BARTHES GPEC – intervenants ENSP- novembre 2003.

<sup>28</sup> R.BARTHES GPEC – intervenants ENSP- novembre 2003.

Pour parfaire cet apprentissage, l'IDE (ou AS) doit faire appel aux professionnels expérimentés pour à son tour pouvoir transmettre.

➤ Compétences sociales et relationnelles : le travail en équipe , les échanges avec les collègues, le dialogue avec d'autres services et de nombreux partenaires professionnels, la confrontation avec l'autre qui peut être le patient ou sa famille vont forger chez le soignant ce savoir être .

➤ Compétences organisationnelles : pouvoir enchaîner les activités de façon efficace, logique et ergonomique demande maturation comportementale ; la capacité d'améliorer le processus de travail et de l'enrichir par des propositions détermine le potentiel et les aptitudes professionnels.

➤ Compétences d'adaptabilité : cette étape est déterminante dans la carrière de l'agent ; elle permet au soignant d'être réactif et capable d'apprendre, de savoir s'adapter à de nouveaux contextes et adopter de nouveaux comportements. Ce « savoir devenir » donne au professionnel la capacité de se remettre en question et à évoluer.

Ces diverses compétences ne s'acquièrent pas rapidement ; plusieurs années d'expériences professionnels (3 à 4 ans) sont nécessaires. « *La performante<sup>29</sup> perçoit la situation de façon globale, elle reconnaît des exemples de situations. Elle améliore son raisonnement diagnostique et son processus de décision face aux évènements* ». Il faudra cependant du temps, de l'expérience et des formations continues avant d'atteindre le niveau « *d'expert(e)*<sup>30</sup> » c'est-à-dire « *comprendre de manière intuitive chaque situation en abordant directement le problème* ».

En conclusion, la compétence est donc un ensemble de savoirs acquis par les études (formation initiale), développés au travers l'expérience professionnelle et le compagnonnage par les pairs et entretenus par la formation continue. La motivation du professionnel détermine cette volonté à apprendre et évoluer.

☞ Est compétent celui qui, au-delà de son travail prescrit, saura maîtriser une situation soit imprévue dans son déroulement, soit nouvelle dans son contenu.

☞ La compétence peut se définir comme une aptitude à s'adapter aux exigences nouvelles. Cette adaptabilité s'appuie sur la polyvalence du soignant dans les domaines scientifiques et techniques.

---

<sup>29</sup> P. BRENNER- de novice à experte- excellence en soins infirmiers- Intervision- mars 1999, pp 23-25

<sup>30</sup> P. BRENNER- de novice à experte- excellence en soins infirmiers- Intervision- mars 1999, pp 23-25

### 1.5.3 POLYVALENCE

Le petit Larousse définit la polyvalence comme « étant la qualité d'une personne qui a des capacités, des fonctions diverses. »

Le fait de maîtriser en toute chose une situation signifie : être polyvalent ou pluri compétent.

La polyvalence indique une idée de soignant "multicarte", capable de réaliser des activités multiples sur différentes disciplines dans plusieurs secteurs d'activité.

Le soignant polyvalent a des connaissances qui lui permettent d'agir efficacement dans un domaine particulier et ce quelque soit l'unité de soins ou le lieux d'exercice. C'est une plus value de développer une expérience diversifiée dans les soins et ainsi pouvoir faire face avec efficience à un grand nombre de situations de travail.

Une période d'apprentissage dans différents services est nécessaire afin d'organiser cette polyvalence et l'intégrer dans un parcours professionnel.

### 1.5.4 PROJET PROFESSIONNEL

Le projet professionnel, une initiative de l'intéressé, peut se construire en début ou en cours de carrière, dès l'entretien d'embauche, lors des bilans professionnels.

Le projet reste un objet de concertation et de motivation. Adapté aux besoins de l'institution, il est facteur de performance et d'efficacité. L'agent en est l'auteur et l'acteur principal ; c'est une démarche volontaire qui l'oblige à savoir ce qu'il veut faire et comment il souhaite s'orienter.

Pour aider le professionnel dans cette démarche, le DS met en place une politique de communication, grâce à une information claire et opérationnelle sur le projet comme par exemple la création de l'unité HAD ; l'élaboration des profils et des fiches de postes en regard des compétences attendues, validés par la commission de soins et l'affichage des postes vacants donnent de la lisibilité au projet.

Le plan de formation établi avec le DRH tient compte des orientations institutionnelles et permet d'accompagner les projets professionnels.

Cette première partie relative à une approche théorique apporte d'une part un éclairage sur les principes généraux de la prise en charge en HAD et d'autre part quelques concepts sur les perspectives managériales attendues des professionnels appelés à exercer en HAD.

Faire émerger les concepts, tenter de valider les hypothèses, et proposer des actions concrètes s'appuient sur la réalisation d'entretiens.

Leur analyse tente de cerner l'affirmation suivante :

L'HAD : un secteur aux activités particulières et spécifiques impliquant des professionnels compétents et adaptés à leurs missions.

## 2 CHAPITRE : OPPORTUNITES MANAGERIALES REVELEES PAR L'ANALYSE DES ENTRETIENS

### 2.1 ENTRETIENS : MODE OPERATOIRE

Le premier temps de la réflexion fut consacré à la recherche bibliographique sur l'HAD, principalement les écrits parus les six dernières années. Cette étude englobe l'aspect législatif ; en particulier l'évolution récente des textes réglementaires.

L'objectif de ces lectures est de découvrir la dimension de l'HAD, les modalités de prises en charge et l'organisation de ces structures.

Le second temps procède à différents entretiens qui ciblent un public retenu en fonction de leur responsabilité, leur expertise, leur connaissance du sujet et des hypothèses recherchées.

Ces hypothèses, étayées par la bibliographie, ont participé à la réalisation de trois guides d'entretiens, qui seront les supports des interviews.

Les interviews étaient semi directifs ; ils se sont déroulés dans d'excellentes conditions d'accueil, d'écoute et de partage d'information.

Les formalités sont invariables : rendez vous et rencontre dans les lieux d'exercice, le temps est défini lors de la préparation comme les objectifs recherchés. Les entretiens sont enregistrés pour la plupart au magnétophone et une prise de note systématique complète l'interview.

Les entretiens ont une triple orientation :

➤ La première partie des entretiens s'adresse aux tutelles ou responsables locaux. L'objectif est la recherche d'informations sur les orientations nationales, régionales et départementales, et sur les aspects politiques autour de la recomposition de l'offre de soins et les alternatives à l'hospitalisation ; ces entretiens s'appuient sur guide d'entretien n°1<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Annexe n°4

Les quatre personnes rencontrées sont :

- DHOS<sup>32</sup> : l'Attachée d'Administration, responsable du bureau n°3 : réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins.
- ARH lorraine : le médecin inspecteur chargé de mission de la planification et du SROSS et le directeur des soins chargé de l'organisation des soins et conseillère technique auprès du directeur de l'ARH.
- DDASS<sup>33</sup> de Meuse : le directeur de la DDASS.

➤ Le deuxième versant des entretiens concerne les professionnels impliqués dans l'HAD. Les structures d'HAD visitées ont été choisies selon plusieurs critères : taille de l'entité, expérience et ancienneté dans ce type de prise en charge, couverture géographique, disponibilité des professionnels rencontrés.... L'objectif est de rencontrer en vis-à-vis des acteurs impliqués dans l'HAD pour un partage d'expérience et un savoir faire.

Sur le plan pratique, en formation à Rennes et en stage dans un Centre Hospitalier de l'île de France, la proximité de l'HAD Rennaise et celles de la région parisienne a guidé la sélection.

Quatorze entretiens se décomposent en deux volets :

➤ Le volet s'adressant aux managers permet de vérifier les hypothèses relatives aux aspects managériaux, les outils mis en place et les implications de l'encadrement, en particulier des DS, dans le domaine de l'HAD - *guide d'entretien n°1*

- HAD AP-HP de Paris (75) et antenne du CH de La Pitié Salpêtrière
- HAD Santé Service – Puteaux (92)
- HAD Vendée - La Roche sur Yon (85)

➤ Celui des soignants donne le vécu et le ressenti des équipes de soins et du corps médical. Les conditions d'exercice, les pratiques professionnelles et les attentes sont étudiées comme les motivations et choix professionnels. - *guide d'entretien n°2*<sup>34</sup> :

- HAD du CH de La Pitié Salpêtrière
- HAD Santé Service – Puteaux
- HAD Rennes (35)

---

<sup>32</sup> DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

<sup>33</sup> DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

<sup>34</sup> Annexe n°5.

➤ La troisième série de rencontres s'intéresse aux partenaires potentiels - *guide d'entretien n°3*<sup>35</sup> : le but est de recueillir les informations sur :

- L'articulation de l'HAD entre la médecine hospitalière et la médecine libérale, entre le sanitaire et le social
- Le réseau « ville hôpital »,
- Les pistes de complémentarité et de partenariats possibles,
- Les compétences et aptitudes attendues des futurs professionnels appelés à exercer en HAD.

Les douze professionnels contactés sont :

- Le Président du conseil de l'ordre de Meuse.
- Un médecin libéral de Meuse.
- La présidente d'un syndicat des infirmiers libéraux de la Meuse.
- Le cadre de santé, responsable des ressources humaines du pôle de Santé (Centre communal d'actions sociales<sup>36</sup>) de BAR le DUC regroupant le SSIAD et le centre de soins infirmiers.
- Une AS exerçant dans un SSIAD
- Une IDE exerçant dans un centre de soins
- Le DS du CH de GONESSE.
- Le DS de l'IFSI<sup>37</sup> du CH de Verdun.
- Un praticien hospitalier, chef de service, CH de Bar le Duc.
- L'équipe mobile de soins palliatifs (PH et IDE) du CH de Bar le Duc.
- Une assistante sociale de l'antenne sociale du CH de Bar le Duc

Toutes les idées maîtresses dans les guides d'entretien ont été évoquées au cours des échanges; de nombreux éclairages ont ajouté du sens au contenu des recherches et de nouvelles orientations ont été proposées.

Pour les entretiens prévus avec les patients ou les familles, cela s'est avéré impossible ; une rencontre avec une association de malades programmée n'a pu être réalisée à ce jour faute de disponibilité réciproque. Parmi les personnes interviewées, certaines ont pu relater des expériences personnelles et familiales en matière de prise en charge par un SSIAD ou par une HAD.

---

<sup>35</sup> Annexe n°6.

<sup>36</sup> CCAS : centre communal d'actions sociales.

<sup>37</sup> IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

- Un tableau récapitulatif identifie l'origine géographique et fonctionnelle des **30** personnes interviewées.<sup>38</sup>

La synthèse et l'analyse des entretiens sont présentées dans deux paragraphes distincts.

La première partie concerne les entretiens qui situent l'HAD parmi les orientations prioritaires et les enjeux nationaux, déclinés dans les régions et les départements. Ces entretiens montrent les logiques de l'HAD dans la réponse sanitaire de proximité.

Le deuxième paragraphe aborde de façon plus directe les préoccupations du DS et les hypothèses managériales à développer autour de la création d'une HAD.

## **2.2 SYNTHÈSE ET ANALYSE DES ENTRETIENS AVEC LES TUTELLES**

Deux thèmes principaux se dégagent des entretiens relatifs à la place de l'HAD dans la recomposition de l'offre de soins. Ces questions corroborent avec les généralités conceptuelles évoquées dans le premier chapitre.

### **2.2.1 FACTEURS DE REUSSITE DE L'IMPLANTATION D'UNE HAD**

Quelque soit le niveau de responsabilité, les interlocuteurs sont unanimes : l'HAD doit se développer en temps qu'alternative à l'hospitalisation et répondre aux attentes de la population. Le territoire national est insuffisamment couvert et certaines régions dont la Lorraine sont en retard dans le processus d'installation. L'évolution des modalités de financement spécifiques et homogènes (T2A) et l'abandon du taux de change sont des arguments en faveur de l'extension des structures d'HAD.

- Le développement d'une volonté de partenariat et d'articulation entre les professionnels :

Pour les tutelles (DHOS, ARH et DDASS),

*« L'HAD est au carrefour de différentes stratégies professionnelles et de logiques de territoire: la première étape est de recenser tous les acteurs de l'HAD ; la deuxième est de solliciter dès le départ leur implication dans le projet pour permettre une meilleure adhésion et lever les réflexes identitaires. La complémentarité des intervenants en HAD*

---

<sup>38</sup> Annexe n°7

*est à développer et à formaliser ainsi que l'articulation entre les différents modes ambulatoires hospitaliers et libéraux ».*

Les partenaires sont :

- En amont : la médecine hospitalière publique et privée ou la médecine libérale.
- En aval : les SSIAD et les centres de soins infirmiers dont les positionnements vis-à-vis de l'HAD devront être précisés.
- Les pharmaciens, les infirmiers et masseurs kinésithérapeutes libéraux.
- Les équipes investis dans les réseaux locaux ou régionaux.
- Le service social et toutes les aides à domicile.
- Les prestataires de service: sociétés de location d'équipements, de matériel médical, fournisseurs de matériel à usage unique (set prêts à l'emploi).

Le directeur de la DDASS insiste sur :

*« La place du médecin traitant dans la prise en charge en HAD doit être reconnue, précisée, et préservée. Il ne faut pas que la médecine libérale se sente déposséder par la captation de la clientèle en HAD. »*

➤ Information et communication sur le projet en intra et en extra hospitalier:

La mise en place d'un programme de communication doit être réfléchi et organisée à l'origine du projet pour sensibiliser les intervenants et les prescripteurs de l'HAD. Tout un travail d'information en intra hospitalier doit faire connaître la structure et son mode opératoire.

Le directeur de la DDASS précise :

*« La culture hospitalière n'a pas intégré l'HAD, l'attachement au service, aux lits reste très présent dans les mentalités des hospitaliers. Par la méconnaissance de la structure et des indications d'admission, il y a confusion entre le SSIAD et l'HAD. »*

## **2.2.2 MODALITES ORGANISATIONNELLES**

*« L'HAD est un relais à l'hospitalisation et surtout une substitution ; il ne faut pas considérer l'HAD comme un service de l'hôpital mais véritablement comme une prestation "externalisée" au service du patient, une structure polyvalente du réseau ville hôpital. »* précise l'interlocutrice de la DHOS.

L'ARH rappelle : *« la coordination entre les intervenants devra être effective ; les protocoles de soins seront partagés et les modes opératoires rédigés conjointement. Les soins coordonnés et polyvalents sont continus, « H 24 ». La transmission de l'information relative au patient est assurée dans les conditions de sécurité. L'équipe médicale et soignante établit un projet thérapeutique pour chaque patient. »*

Pour le directeur de la DDASS, « dans le département ; l'HAD doit s'appuyer sur le Centre Hospitalier référent pour assurer l'accès à la logistique médico technique hospitalière en terme de plateaux techniques, d'urgences, et de relais thérapeutiques.

De plus, la connaissance de la démographie libérale du secteur et l'évaluation des ressources locales permettent de retenir l'hypothèse d'une HAD hospitalière, dont le promoteur serait le Centre Hospitalier associé au Pôle de santé sud Meusien (groupement de coopération sanitaire : CH et clinique chirurgicale privée), et lié par des conventions aux libéraux et au CCAS. Ces partenaires, associés aux principes de fonctionnement, peuvent investir l'organisation par une collaboration positive.

A charge à l'équipe de direction du Centre Hospitalier, dont le DS fait partie, d'élaborer avec les partenaires la partition de l'HAD : « écrire la musique » d'une charte commune de fonctionnement de l'HAD.

Un challenge managérial à relever pour la réussite du projet, la construction du réseau ville hôpital et l'intégration du CH et ses acteurs à des réseaux pluri professionnels de soins. »

## **2.3 SYNTHÈSE ET ANALYSE DES INFORMATIONS RELATIVES AUX ENJEUX MANAGERIAUX**

Une HAD demande des professionnels ayant des qualités requises (compétences et aptitudes) pour exercer dans cette structure.

Quel profil de candidat recherché?

Cette question a fait l'objet d'une première recherche au travers l'ensemble des entretiens.

La deuxième interrogation porte sur le parcours et l'accompagnement des professionnels affectés en HAD, permettant d'étayer les hypothèses de départ, qui sont : **l'implantation d'une HAD nécessite des compétences spécifiques et un accompagnement permettant une adaptation à l'environnement.**

Les professionnels intervenants en HAD sont nombreux, pour limiter le sujet, la synthèse et l'analyse des entretiens ciblent principalement la catégorie des IDE, en sachant que, pour les AS, les items sont comparables.

### **2.3.1 QUELS PROFILS ATTENDUS EN HAD ?**

« Le principe fondamental est : une compétence professionnelle à toutes épreuves ».

## A) EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DIVERSIFIEE

Pour les IDE l'acquisition d'une expérience auprès des patients doit être nécessaire après un certain nombre d'années post Diplôme d'Etat<sup>39</sup>, en secteur hospitalier de préférence.

*« Pour l'HAD de l'AP-HP, les IDE sont recrutées avec un minimum de 3 ans de DE, (en tant que DS je préfère les IDE qui ont plus d'expérience : 5 années ou plus). Parce qu'au domicile elles travaillent seules ; il faut qu'elles maîtrisent bien au minimum toutes les techniques de soins (conformément au décret relatif aux actes professionnels<sup>40</sup>). Au niveau relationnel, il est primordial qu'elles aient d'énormes capacités d'adaptation. Au quotidien les IDE ont des compétences larges, l'IDE voit 8 à 10 malades par jour ; un malade en soins palliatifs, un enfant, un insuffisant respiratoire, elle fait un pansement d'escarre, d'ulcère, puis elle retrouve une personne âgée dénutrie... c'est la nécessité d'une polyvalence pour l'IDE. »*

*« Pour Santé Service, les exigences sont les mêmes que pour l'HAD Paris c'est à dire 2 à 3 ans de DE avec un tutorat qui est plus long (6 mois en binôme et une montée progressive en charge avec la responsabilité de patients). »*

Ce qui est systématiquement mis en exergue dans les entretiens, c'est l'intérêt des expériences professionnelles diversifiées. Les pratiques acquises dans divers services permettent d'appréhender de nombreuses situations à domicile. Les services cités les plus souvent sont les services de cancérologie, d'hématologie, les médecines polyvalentes, la réanimation, la chirurgie, les soins palliatifs et l'exercice libéral.

De l'expérience professionnelle naissent les compétences techniques, qui développent la dextérité gestuelle dans l'application des protocoles de soins et des règles de bonnes pratiques.

La pratique en HAD demande une maîtrise des principales techniques de soins infirmiers, en particulier *« la manipulation des dernières générations de pompes et pousses seringues en particulier les pompes à analgésie contrôlée (type PCA<sup>41</sup>), la connaissance des protocoles liés aux chimiothérapies, aux chambres et matériel implantables, l'alimentation entérale et parentérale »* confirme une IDE.

L'expérience acquise dans les services hospitaliers permet d'appréhender les pansements les plus complexes et les différentes voies d'abord.

---

<sup>39</sup> DE : Diplôme d'Etat.

<sup>39</sup> Décret n°202-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

<sup>41</sup> PCA : pompe à analgésie contrôlée.

*« La diversité de l'apprentissage donne une assise professionnelle et un savoir faire polyvalent, primordial au contact du malade et de son entourage, »* évoque une AS.

## B) QUALITES PROFESSIONNELLES REQUISES

Pour toutes les équipes interrogées et quel que soit la taille de la structure, la conception des soins en HAD fait appel à quatre notions principales :

### ➤ Le travail en équipe :

*« Le soignant étant seul à domicile, c'est lui qui organise sa tournée selon la typologie des soins ; il programme ses passages en fonction des patients qu'il a en charge et des autres intervenants. Cette coordination s'établit conjointement entre le patient, sa famille et l'équipe d'HAD : IDE, kinésithérapeute et AS. »* relate un CS.

*« La notion d'équipe en HAD est importante même si les soignants sont dispatchés dans les familles. Il y a des temps forts de rassemblement d'équipes lors des transmissions et des répartitions ; ce sont des moments denses et brefs où les échanges sont nombreux pour concrétiser la coordination entre nous (IDE & AS) »,* évoque l'équipe, au moment des transmissions entre midi.

*« Paradoxe par rapport à l'hôpital : il y a beaucoup plus de transmissions au domicile du patient qu'à l'hôpital »* poursuit une IDE.

L'assistante sociale précise *« tout l'intérêt de préparer ensemble, dès l'entrée en hospitalisation et de façon précoce, le retour à domicile ; le partage d'information et l'évaluation conjointe de l'autonomie du patient sont les gages de réussite. Le projet de vie complète le projet thérapeutique dans le but unique d'une prise en charge complète et coordonnée du patient dans son environnement. »*

### ➤ La prise en charge globale des soins :

*« Le malade est pris en charge dans sa globalité: c'est l'IDE qui rend visite au malade, ce n'est pas lui qui est "chez les hospitaliers". Il est dans son environnement, il est dans ses murs, avec son animal domestique, ... il y a les enfants, l'entourage, les conditions d'habitat (nous allons aussi bien dans des péniches, que dans des caravanes que dans des superbes appartements du 16<sup>ème</sup> !) »,* précisent les IDE de l'HAD de Paris.

De plus *« la différence entre les hospitaliers et les libéraux est le fait qu'il n'y ait pas de rentabilité entre le patient et le soignant : un infirmier libéral ne peut rester que 5 à 10 min chez la personne pour réaliser un acte isolé, en HAD la durée moyenne est de 45 min voir 1h00 par patient. Les professionnels d'HAD peuvent consacrer plus de temps au patient, la prise en charge est plus globale puisqu'elle prend en compte le social, l'environnement, le soin et la psychologie du patient, »* complète l'HAD de Vendée.

Les IDE de Santé Service parlent de leur engouement pour l'HAD en précisant :  
« *La globalité de la prise en charge prend une réelle signification à domicile; l'activité soignante se complète par les implications sociales. Les conditions d'accueil du patient à son domicile demandent une véritable coopération et un échange d'information entre les acteurs en particulier avec l'assistante sociale et les aides à domicile.* »

➤ L'autonomie et la responsabilité :

Seul au chevet du patient, hors de l'univers sécurisant de l'hôpital, le soignant doit assumer cet isolement à la fois sur le plan technique et relationnel. L'HAD se déroule dans un contexte de responsabilités partagées entre le patient, le médecin traitant, le PH, les libéraux et les collègues de la structure.

« *Autonomie, responsabilité, prise en charge individuelle, gestion de l'adversité ou des difficultés à distance et prise en charge globale dans un exercice libéral sans les contraintes financières,* » rappellent les IDE de santé service.

« *Sur le plan des responsabilités, le décret relatif à l'exercice professionnel à toute sa valeur. Les professionnels doivent connaître les techniques et surtout les limites de la profession. A domicile le soignant est seul mais il est constamment en lien avec l'HAD ou le médecin traitant par téléphone,* » fait remarquer le CS de l'HAD de Vendée.

« *L'IDE doit se sentir responsables de ses actes et avoir une connaissance parfaite de ses limites tant dans la réalisation des soins que dans une démarche d'éducation,* » insistent les DS des HAD.

➤ L'intérêt professionnel et les motivations :

Pour toutes les IDE et les AS rencontrées, cet exercice en HAD leur a permis de quitter les structures hospitalières et retrouver un sens à leur métier :

« *Dans l'exercice en HAD je retrouve les concepts de l'IFSI : la prise en charge globale du patient, les soins variés, une organisation de travail autour du patient et non autour du service. L'HAD est un lieu d'exercice qui permet à chacun de pouvoir s'épanouir. C'est un lieu qui allie à la fois la compétence et l'humanité, ce que je n'ai jamais trouvé à l'hôpital* », témoigne une jeune infirmière.

« *Les actions d'éducatives thérapeutiques complètent les prestations délivrées au patient. Cet aspect du métier est enrichissant car il permet au soignant de concevoir un programme d'éducation adapté à l'état du patient. Il favorise l'autonomie et responsabilise le patient et sa famille. Véritable soins, l'éducation diversifie l'exercice professionnel et l'enrichit. Cela fait partie de la prestation à domicile* » rappellent les CS et les IDE d'HAD.

L'intérêt professionnel se complète par de fortes motivations qui se traduisent par :

« *L'HAD c'est : une expérience originale, un choix professionnel, une orientation déjà pressentie lors des stages à l'IFSI, le choix de carrière après une expérience*

*hospitalière et une autonomie plus grande même si la solitude existe face au patient (et à sa maladie). L'HAD développe le relationnel, le sens de l'organisation, le savoir et l'écoute »* résume une IDE.

La dimension de partenariat et de complémentarité entre professionnels est un facteur supplémentaire de motivation et d'intérêt.

### 2.3.2 APTITUDES RECHERCHEES

L'analyse des entretiens montre cinq aptitudes principales reconnues et attendues chez tous les professionnels interviewés comme des qualités incontournables pour exercer en HAD.

Aptitudes relationnelles et sens de l'écoute	Faculté d'adaptation et aptitude au changement	Sens des responsabilités	Goût de l'autonomie et de la pédagogie	Rigueur et sens de l'organisation
--	--	--------------------------	--	---

➤ Dimension relationnelle par l'écoute, la communication et la disponibilité : la relation humaine prend toute sa dimension sociale et psychologique au domicile des patients.

➤ Capacité d'adaptation et de réactivité à différents milieux ou situations : l'IDE peut être amenée à prendre seul une décision face à une modification de l'état du patient tout en rendant compte. Il lui faut être réactif et savoir s'adapter vis à vis des patients, de leur personnalité, de leur comportement, de leur entourage et du type de soins.

➤ Sens de l'autonomie et des responsabilités : seul au chevet du patient, hors de l'univers sécurisant de l'hôpital, le soignant doit être capable d'assumer cet isolement, à la fois sur la plan technique et relationnel. L'HAD se déroule dans un contexte de responsabilités partagées entre le patient, premier concerné, le médecin traitant, le praticien hospitalier, les soignants de la structure alternative et ceux du libéral.

➤ Qualités (« fibres ») pédagogiques : dans cet univers l'éducation thérapeutique et la prévention ont toute leur place tant envers le patient que son entourage.

Le Directeur de la DDASS parle « *d'une personne modeste capable d'échanger avec autrui, d'apprendre aux autres et des autres, de faire face à l'adversité en s'adaptant à la situation donnée.* »

Les DS des HAD recherchent les aptitudes des futurs candidats à l'exercice en HAD, au cours des entretiens de recrutement. Ce bilan professionnel comporte plusieurs

étapes permettant d'apprécier les qualités requises et de répondre aux exigences des postes en l'HAD. Les critères de recrutement en HAD seront développés dans le dernier paragraphe du présent chapitre.

### **2.3.3 MESURES D'ADAPTATION A L'EMPLOI ET A L'ENVIRONNEMENT : TUTORAT ET FORMATION**

La question abordée dans ce paragraphe est la recherche des mesures spécifiques qui accompagnent les futurs candidats à leur entrée en HAD.

➤ Les IDE libéraux pensent que : *« l'HAD signifie une mise à niveau et une formation spécifique dans un certain nombre de domaines. Un stage de reconversion professionnelle permet de se remémorer les techniques de soins non maîtrisées et de découvrir les derniers protocoles en vigueur ; l'organisation d'échange entre les secteurs hospitalier et libéral et le partage d'expérience complètent le dispositif. L'expérience et les contraintes de l'exercice professionnel à domicile nous donnent une forme d'expertise face à nos collègues hospitalières. »*

➤ Le personnel du SSIAD et du centre de soins infirmiers fait part : *« les critères de prise en charge en centre de soins (pathologies chroniques évolutives, personnes âgées et maintien à domicile, phase aigue post hospitalisation) se situent dans la continuité de l'accompagnement du patient à domicile. L'expérience acquise et l'antériorité dans la pratique du domicile sont des atouts pour les soignants désirant s'investir dans l'HAD, de façon complète ou par l'intermédiaire de vacations. La remise à niveau dans un service hospitalier est nécessaire pour réactualiser certains protocoles et autres pratiques de soins "pointues". »*

➤ Pour les IDE issues d'un parcours hospitalier :

En fonction de son parcours professionnel, l'IDE se voit proposer des formules adaptées de remise à niveau, définies lors de son entretien d'affectation. Différents modèles sont présentés :

- Pour l'HAD de l'AP-HP, la direction des soins propose pour une IDE, ayant acquis au préalable une expérience polyvalente de quelques années dans le secteur hospitalier : une séquence de 5 jours avant l'affectation. Ce parcours d'apprentissage comprend :

*« une formation très spécifique théorique et pratique de 3 jours dans un ou plusieurs services effectuant de la chimiothérapie, des alimentations parentérales et autres protocoles thérapeutiques , suivie par 2 jours orientés vers le matériel : formation sur les pompes, les pousses seringues et les diffuseurs de médicaments. »*

A l'arrivée dans l'unité de l'HAD AP-HP, l'IDE bénéficie d'un tutorat qui se déroule ainsi :

*« Un mois d'intégration au côté d'une IDE tuteur et participation aux tournées en binôme puis montée en charge progressive avec une responsabilité de 1, 2 puis 3 malades. Apprentissage de l'autonomie, de la responsabilité au quotidien sans « garde-fou » pour atteindre la prise en charge de 5 à 6 patients. Un accompagnement par une IDE référente sera maintenue en fonction de la demande et des évaluations réalisées avec le cadre de santé.»*

- Pour la structure de Santé Service, le DS propose un tutorat basé sur le parcours professionnel du soignant, qui est le suivant :

*« Les IDE, les plus expérimentées (4 à 5 ans de DE), au moment de leur prise de fonction ont 4 semaines d'intégration (tutorat et formation), avec bilan et évaluation hebdomadaire par le CS du secteur. Pour les jeunes diplômées de 2 années de DE, pendant 6 mois, l'IDE « débutante » est sous l'aile d'un tuteur, et elle apprend les soins techniques qu'elle ne maîtrise pas, elle suit les sessions de formation obligatoires établies en fonction de son passé professionnel. Au bout de 3 mois, l'IDE prend en charge quelques malades, 3 à 4, et au bout de 6 mois elle assure tous les malades confiés.»*

- Pour les HAD de Rennes et de Vendée, les pratiques d'accompagnement des professionnels sont similaires aux HAD de la région parisienne.

La différence fondamentale est la « jeunesse » de ces deux structures. Lors de la composition initiale de l'équipe, le challenge pour les responsables est de « s'appuyer sur le savoir faire et l'expérience du domicile des IDE libéraux et des associations infirmières en intégrant des IDE maîtrisant les techniques de soins acquises en milieu hospitalier. Un stage auprès de professionnels ayant une pratique de l'HAD complète le dispositif. »

Outre les modèles de tutorat proposés et de suivi par l'encadrement, chaque structure d'HAD propose un programme de formations dans le cadre du plan de formation pluri annuel, réalisé à partir des évaluations annuelles, des orientations managériales et selon les progrès scientifiques.

Ces actions de formation s'adressent aux professionnels en poste depuis un certain temps et s'adapte à chaque recrutement.

Les thèmes principaux rencontrés dans les fascicules de formation et extraits des bilans annuels correspondent :

- Aux pathologies principales pris en charge par l'HAD, que sont les soins complexes tels les soins d'escarres, les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, l'oncologie la chimiothérapie et l'alimentation parentérale.
- Aux prises en charge spécifiques comme l'obstétrique, la pédiatrie ou la psychiatrie.

➤ À l'exercice professionnel en HAD : éducation thérapeutique, responsabilité juridique...

#### **2.3.4 CRITERES DE RECRUTEMENT POUR LES DS ET CS RESPONSABLES DE L'HAD**

Les méthodes et les outils pour le recrutement sont propres à chaque structure et à chaque individu et s'appuient le plus souvent sur des profils et des fiches de poste.

Voici un modèle d'entretien réalisé par un DS, qui s'efforce de rechercher la sincérité du futur recruté. Le bilan professionnel comporte six étapes :

1. *« Le parcours professionnel, les formations suivies et les titres et travaux éventuels.*
2. *Rechercher le comportement face à une situation d'urgence (à l'hôpital et dans la vie civile), exemples à la clé (recherche de scénarii possibles vécus par le professionnel).*
3. *Qu'est-ce qui a choqué dans la vie professionnelle (critère émotivité ou non)*
4. *Le jugement clinique.*
5. *Le comportement face aux erreurs (savoir reconnaître, savoir alerter, savoir discerner, avoir confiance en soi.).*
6. *L'honnêteté et avoir un regard digne face à un patient (pas de jugement de valeur), pouvoir réaliser des soins malgré les conditions parfois précaires et des lieux divers. »*

A partir de cette première entrevue, le candidat potentiel rencontre d'autres membres de l'équipe d'encadrement pour une évaluation complémentaire. L'étude commune de la candidature est réalisée ; dans le cas d'un avis favorable, la proposition d'affectation est transmise au DRH pour la mise en œuvre du recrutement et la suite à donner.

Ce mode opératoire n'est pas propre à un recrutement en HAD, il est transposable à d'autres embauches.

#### **2.4 COMMENTAIRES RELATIFS AUX INFORMATIONS RECUEILLIES**

Le commentaire est double ; le premier s'intéresse au profil des professionnels recherché en HAD et les conséquences en terme de gestion des ressources humaines. Le deuxième point évoque l'ouverture d'une telle structure dans le paysage sanitaire et plus particulièrement l'opportunité pour un CH de développer cette alternative à l'hospitalisation.

Les entretiens analysés dans les paragraphes précédents font émerger un certain nombre d'informations relatives aux spécificités liées à l'exercice en HAD. La réponse aux attentes des patients et des familles réclame une organisation et une coordination entre des professionnels performants, dans leur domaine d'attribution.

Pour illustrer ce commentaire, le DS de l'HAD Santé Service rappelle :

*« Deux maîtres mots pour décrire l'HAD: pluridisciplinarité (médecin, IDE, AS, Psychologue, MKDE et assistante sociale...) et coordination des métiers. »*

*« L'HAD signifie un niveau de spécialisation des soins, qui nécessite des personnels ayant une expérience professionnelle diversifiée et un sens du relationnel important. »*

Les impératifs pour les profils recherchés sont donc :

➤ Une expérience professionnelle diversifiée traduite par :

- Un nombre d'années d'exercice professionnel après le diplôme professionnel pour les AS ou le diplôme d'Etat pour les IDE et MKDE.
- Un vécu hospitalier et /ou libéral permettant le développement de compétences techniques et organisationnelles ;
- La mobilité dans plusieurs services ciblés ou un parcours au sein d'un service polyvalent (par exemple : médecine ou réanimation).

➤ Des compétences professionnelles faisant appel à

- Un travail en équipe et en coordination
- Une prise en charge globale des soins
- Une autonomie dans le quotidien et une responsabilité dans les actes effectués
- Un intérêt professionnel et des motivations pour l'exercice dans cette structure.

➤ Des aptitudes à l'exercice en HAD ; les deux principales sont :

- les aptitudes relationnelles
- la capacité d'adaptation.

Le parcours professionnel réclame le franchissement d'étapes qui autorise le soignant, IDE, AS, CS ou MKDE à exercer en HAD.

Les étapes s'inscrivent dans une politique de gestion des ressources humaines. Le DS d'une telle structure se dote d'outils de recrutement (profil et fiche de poste par catégorie professionnelle) et met en place un programme d'adaptation aux missions attendues en HAD sous forme de :

- stage de mise à niveau ou stage de découverte,
- un tutorat par une collègue référente pendant une période donnée,
- un suivi par le CS, coordonnateur paramédical de l'HAD,

- des formations prioritaires ciblées en fonction du professionnel,
- une montée en charge des responsabilités c'est-à-dire une progressivité des prises en charge.

Les diverses rencontres et les analyses des entretiens permettent de valider les deux premières hypothèses, qui sont.

*Les conséquences managériales de l'implantation de l'HAD nécessitent :*

- *Le développement de compétences particulières pour le personnel infirmier;*
- *La mise en œuvre d'un programme d'adaptation à l'emploi intégré à un projet professionnel ;*

La dernière hypothèse fait appel à la place de l'HAD dans le territoire de santé :

- *L'implication de la direction de soins dans le réseau « ville hôpital » contribue à l'ouverture d'un nouvel espace de soins.*

Cette hypothèse s'inscrit dans une réflexion complémentaire qui est l'attractivité de l'HAD au sein du paysage hospitalier.

Selon l'ARH, « *l'HAD permet un enrichissement des tâches et offre des horizons nouveaux pour le personnel lorsque est évoqué l'épuisement professionnel, que ce soit à l'hôpital ou en libéral.*

*Pour les IDE libéraux :* *l'opportunité d'une HAD permet une certaine évolution professionnelle essentiellement tournée vers la sortie d'un isolement et d'une solitude professionnelle. Moins d'intérêt financier, une pratique diversifiée, une inscription dans un ou des réseaux et plus de temps libre. La prise en charge des patients est totalement différentes, les temps de présence passent de 10 minutes à 1h00/1h30.*

*Pour le secteur hospitalier,* *l'HAD permet une passerelle pour les IDE ayant acquis une expérience professionnelle dans les unités de soins ; cette unité ouvre le métier vers les réseaux et vers un exercice à domicile : les avantages du libéral sans les contraintes financières »*

Le directeur de la DDASS poursuit : « *la création d'une HAD apporte des conditions d'exercice professionnel innovantes, dynamiques et valorisantes. »*

Ces éléments d'attractivité sont communs aux professionnels (IDE libéraux ou hospitaliers). Le DS doit en tenir compte dans son organisation future.

La pertinence des témoignages des professionnels et la diversité des interlocuteurs rencontrés sont des apports précieux pour la stratégie à mettre en place. Cette contribution oriente la réflexion sur le développement et l'organisation d'un parcours professionnel des IDE vers une HAD.

Une des missions du DS est de contribuer à la mise en place de projet institutionnel appelant une évolution des organisations et des métiers. La qualité des

prestations offertes aux patients dépend des ressources humaines affectées à la nouvelle entité et de leurs qualités professionnelles.

Pour le DS et les cadres de santé concernés, la création d'une HAD ouvre le champ vers plusieurs dossiers étudiés en partenariat, selon la thématique, avec le corps médical et les directions fonctionnelles concernées en particulier avec le DRH :

- L'organisation de l'unité : les modalités pratiques, la logistique et le tableau des emplois
- Les outils utilisés et les moyens techniques et informatiques proposés aux soignants : dossier de soins, fiches de transmissions et de liaison entre les prestataires.
- Les protocoles de soins, les prises en charge spécifique, les critères d'entrée ou de sortie et les projets thérapeutiques ciblées
- La gestion des ressources humaines en particulier la gestion prévisionnelle des compétences : qualifications et aptitudes requises, programme d'adaptation à l'emploi et formation continue des futurs professionnels appelés à exercer en HAD

La réflexion professionnelle contenue dans ce mémoire porte sur le quatrième point du projet HAD et les propositions contenues dans le chapitre suivant étudient plus spécifiquement le profil des IDE appelées à exercer en HAD

Au vue de l'étude d'opportunité et l'état d'avancement du projet, la mise en œuvre de l'unité, accordée de principe, devrait se concrétiser dans deux années. Ce délai doit être mis à profit pour anticiper la gestion prévisionnelle des compétences et préparer le parcours professionnel des IDE et des AS qui se destinent à cette mission.

Le DS, membre de l'équipe de direction, présente des propositions d'actions relatives à la mise en œuvre du projet managériale pour l'HAD.

C'est l'objet du dernier chapitre.

### **3 CHAPITRE : PROPOSITIONS D' ACTIONS ET PERSPECTIVES MANAGERIALES DU DIRECTEUR DES SOINS**

Les recherches ont permis d'une part d'élargir les connaissances en matière de management d'une équipe de soins en HAD et d'autre part de s'intéresser à la plus value d'une telle structure dans le paysage hospitalier.

Les propositions présentées dans les paragraphes suivants émanent des lectures bibliographiques, des interviews et de leur analyse

En tant que directeur des soins, la première démarche s'inscrit dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences<sup>42</sup> en lien avec le DRH. Les propositions d'actions se divisent en deux volets : les modalités d'un recrutement efficient et le programme de formation et d'adaptation à l'emploi.

L'objectif vise à développer un professionnalisme des soignants qui seront amenés à répondre aux exigences de la prise en charge en HAD. Les propositions peuvent s'appliquer à tous les professionnels ; mais l'étude ne concerne volontairement que les IDE.

Les choix managériaux feront l'objet d'une validation par les instances pour être entérinés par le Directeur.

La deuxième série de réflexions s'intéresse à la place de l'HAD, dans le dispositif de santé, à la frontière entre l'hôpital et la ville. Les atouts offerts par cette structure sont multiples et laissent entrevoir une opportunité pour l'attractivité du secteur hospitalier et un partenariat entre le CH, les réseaux et la médecine libérale.

---

<sup>42</sup> GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

### **3.1 1<sup>er</sup> VOLET : GESTION PREVISIONNELLE DES FUTURES IDE D'HAD**

A l'ouverture de la structure, les recrutements seront proportionnels au nombre de postes autorisés. Comparativement à des HAD de taille similaire, le nombre de postes IDE à pourvoir en équivalent temps plein<sup>43</sup> sera de l'ordre de 6 à 7.

Le nombre de candidatures internes (agents hospitaliers) et externes (IDE libéraux) sera supérieur au nombre de postes à pourvoir. Cela signifie qu'une sélection devra s'opérer au recrutement.

La première proposition d'actions envisage le recrutement et la recherche de compétences. Le recrutement tient compte des profils de postes<sup>44</sup> élaborés dans le cadre du projet social et du projet de soins.

#### **3.1.1 POLITIQUE DE RECRUTEMENT : LES OUTILS DE GESTION**

Le recrutement est prononcé par le Directeur ou par délégation par le DRH sur proposition d'affectation du DS. Pour le DS, l'enjeu consiste à mettre en adéquation la compétence et le professionnalisme d'un candidat, ses motivations et ses choix, et les besoins de l'institution.

En l'occurrence, l'ouverture de l'unité d'HAD du PSSM<sup>45</sup> donne une perspective de recrutement à long terme, de 18 mois à 2 ans. Ce délai est utilisé pour rechercher les professionnels et les préparer aux missions attendues en HAD.

La mise en adéquation des compétences requises par rapport au poste s'appuie sur un profil et une fiche de poste.

Profil de poste et fiche de poste sont des outils de gestions et se réfèrent à une fonction préalablement définie. Cette fonction se caractérise par les activités principales, les domaines d'intervention et les liaisons hiérarchiques et fonctionnelles. Elle s'appuie sur les textes officiels de référence, décrets et règles professionnelles.

L'élaboration de tels documents fait l'objet d'une réflexion en groupe de travail composé de professionnels, impliqués dans le projet HAD associant le DRH et la Direction des soins.

---

<sup>43</sup> ETP : Equivalent temps plein.

<sup>44</sup> GRH référence 5: Management et gestion au service du patient – manuel d'accréditation des établissements de santé ; actualisation, Juin 2003. ANAES.

<sup>45</sup> PSSM : Pôle de santé sud meusien.

➤ Le profil de poste ou profil professionnel requis décrit l'ensemble des connaissances et définit les compétences nécessaires pour l'exercice d'un poste spécifiques. Ce profil permet de travailler le recrutement et l'affectation d'un professionnel à un poste et constitue l'un des supports de l'entretien d'appréciation des qualités souhaitées. Cet outil managérial permet d'évaluer les besoins en formation résultant de l'écart existant entre le profil requis et le profil réel des personnes appelées à exercer un tel emploi : « *une cartographie des compétences souhaitées*<sup>46</sup> »

L'emploi en HAD demande de nombreuses qualités professionnelles qui ont été décrites avec précision par les personnes rencontrées au cours des différents entretiens et rappelées dans le chapitre précédent. L'élaboration de ce profil est la somme des éléments recueillis à la lecture des témoignages. Sa conception associe les CS concernés et le médecin coordonnateur de l'unité.

Pour faciliter les entretiens d'évaluation des candidats, le DS, le médecin coordonnateur, chef de service, et l'encadrement de soins, en particulier le CSS et le CS de l'HAD, sont détenteurs d'un même document.

➤ La fiche de poste ou étude de poste est une description du poste de travail ; cette fiche « *décrit les tâches qui incombent à l'agent et les responsabilités confiées dans le cadre du poste qu'il occupe*<sup>47</sup>. » L'étude de poste a pour but d'apprécier les spécificités de l'emploi concerné.

Le but de ce document est de décrire le rôle de l'agent attendu sur le poste et offre la possibilité de passer un contrat avec le soignant lors du recrutement et lors des bilans d'évaluation annuelle.

Cette fiche est à disposition des professionnels pour information et renseigne sur la nature du poste vacant.

Un profil et une fiche de poste donnent une assise aux emplois proposés et permettent d'obtenir des outils communs de gestion entre les professionnels chargés du recrutement et de l'affectation et les candidats potentiels.

L'annonce des postes à pourvoir<sup>48</sup> est formalisée selon une procédure déterminée en interne, en général par voie d'affichage. La DDASS et la préfecture sont destinataires des informations pour les professionnels non hospitaliers.

---

<sup>46</sup> C.SERAFIN, Objectifs soins n°36 –octobre 1995

<sup>47</sup> C.SERAFIN, Objectifs soins n°36 –octobre 1995

<sup>48</sup> Annexe n°8

Les postes en HAD étant déclarés vacants, les IDE intéressées adressent leur candidature au directeur d'établissement selon la procédure établie. Une lettre de motivation précise le projet professionnel.

Les candidatures sont transmises au DS pour la programmation des entretiens.

### 3.1.2 MODALITES DES ENTRETIENS DE SELECTION

L'entretien de sélection porte sur un certain nombre de critères préalablement définis et adaptés au contexte de l'HAD. Les expériences des DS d'HAD interviewés constituent une source de renseignements et d'indicateurs.

L'entretien comprend trois temps :

➤ Le dossier administratif de l'agent comprend deux phases:

- Le parcours professionnel est un préalable à l'entretien, en particulier le nombre d'années d'exercice, les mobilités effectuées au sein de différents services hospitaliers, les expériences professionnelles "validantes" et/ou les engagements institutionnels (soins palliatifs, personnes âgées, membre du comité de lutte contre la douleurs<sup>49</sup>, du comité de lutte contre les infections nosocomiales<sup>50</sup>, groupe de référents : prévention d'escarres ...)
- L'avis sur la manière de servir est demandé à l'encadrement, les évaluations et notations annuelles sont recherchées comme les appréciations de stages pour les étudiants IFSI, l'absentéisme et autres renseignements administratifs sont fournis par la DRH...

➤ Les compétences professionnelles recherchées sont:

- Les gestes techniques et protocoles maîtrisés permettent d'évaluer les potentiels techniques (Chimiothérapie, pansements complexes, alimentation entérale, manipulation des pompes et des pousses seringues...).
- Les connaissances théoriques sur les pathologies rencontrées de façon récurrentes en HAD sont les supports des savoirs théoriques et procéduraux

Cette double évaluation théorique et pratique détecte les éventuelles manques et prépare le contenu du plan individuel d'adaptation à l'emploi<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> CLUD : Comité de lutte contre la douleur.

<sup>50</sup> CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

<sup>51</sup> PIAE : Plan individuel d'adaptation à l'emploi.

➤ Les motivations et les aptitudes requises :

- Le questionnement porte ensuite sur les motivations et le projet professionnel de l'intéressé ainsi que sa conception des soins infirmiers en HAD.
- Le bilan tente de décrire les attitudes et le comportement face à des situations rencontrées au cours de la carrière de l'agent : situations d'urgences vitales, fin de vie, prise en charge de la douleur, relation avec les familles, échecs thérapeutiques... Quels fut son positionnement face aux difficultés rencontrées dans de l'équipe, vis-à-vis du corps médical, des patients, de l'encadrement ... ?
- La description d'évènements particuliers et la façon de les appréhender sont des temps forts de l'entretien qui analyse la faculté d'adaptation du futur recruté et sa confrontation aux événements inattendus et indésirables.
- L'entretien recherche les aptitudes relationnelles du candidat.

Tous ces éléments sont consignés dans le dossier de l'agent à la direction des soins. Le dossier de recrutement est transmis pour avis complémentaires, si le candidat répond positivement aux critères que sont le parcours professionnel et l'ancienneté.

Deux autres avis sont souhaités : celui du CS de l'unité d'HAD et celui du médecin coordonnateur, responsable médical de l'HAD. La délibération porte sur les motivations, les compétences et les aptitudes du candidat à exercer en HAD. La confrontation des trois entretiens permet au DS de pouvoir proposer au directeur une candidature ciblée et adaptée au poste recherché.

Le recrutement interviendra ultérieurement, au moment de l'autorisation d'installation de l'HAD et de la mise en œuvre du COM.

### **3.1.3 PARCOURS PROFESSIONNEL CONTRACTUALISE = « FEUILLE DE ROUTE »**

Face au patient et sa maladie, sa famille, son environnement, les soignants sont seuls lors des soins en HAD. L'exercice « hors des murs » requiert un certain nombre de qualités et de compétences décrites dans les chapitres précédents.

Les grands principes sont:

- Apprentissage professionnel et bonne connaissance du métier
- Aptitudes attendues faisant appel à certaines qualités incontournables.

Toutes ces qualités ne sont pas toujours réunies ; la difficulté pour le DS et l'équipe d'encadrement est de détecter ou repérer les professionnels qui pourront répondre à "l'appel de l'HAD".

L'accompagnement et le suivi de ces agents dans le cadre de leur projet professionnel sont un challenge managérial indéniable.

Comment relever ce défi avec comme objectifs l'intérêt du patient par la garantie de professionnels compétents et volontaires ?

Le projet professionnel s'inscrit dans un parcours individualisé et engage l'intéressé et la direction des soins sur un sentier balisé par des repères visibles. Le projet est matérialisé par un contrat d'engagement : "la feuille de route".

Cet engagement est : *la prise en compte du projet professionnel par l'assurance d'un poste en HAD à moyen ou long terme* (selon l'ancienneté et les postes vacants), sous réserve de la manière de servir, du développement de certaines compétences et du déroulement de carrière.

Les grandes lignes du parcours se présentent comme suit :

➤ Le premier principe ⇒ l'apprentissage professionnel et la connaissance du métier d'IDE.

Pour y répondre, le DS propose au soignant des affectations successives ; ces propositions de services sont tributaires des postes vacants et des choix priorisés par l'agent.

La sélection des services est en lien avec le projet HAD et répond à une diversité des exercices dans plusieurs unités avec une mobilité interne prioritaire et organisée. (Secteurs polyvalents de médecine, chirurgie, oncologie, réanimation ou soins intensifs et secteurs de gériatrie).

La durée prévisionnelle dans le service est déterminée au début du contrat et à chaque mobilité interne. Cette phase de négociation se déroule avec les CSS et CS des unités concernées. La durée moyenne d'exercice dans un service est de un à deux ans.

En prenant l'exemple de l'IDE « débutante », l'engagement pourrait être de deux à trois changements d'affectation au minimum pendant le cycle préparatoire : par exemple, deux années en médecine interne polyvalente, puis une année en soins intensifs pour terminer par une année dans un secteur de gériatrie.

Pour une IDE ayant deux années d'ancienneté, le parcours préparatoire proposerait une deuxième affectation vers un service formateur et compatible à l'exercice en HAD. Le projet serait comme l'exemple précédent contractualisé.

➤ Le deuxième principe : développement des compétences et des aptitudes.

Le parcours hospitalier et la mobilité sont complétés par le programme de formation continue et d'adaptation à l'emploi spécifique à l'HAD. Tous ces éléments contribuent à forger une identité professionnelle et un savoir faire attendu.

Les avis sur la manière de servir et les évaluations par les cadres de santé orienteront les choix du DS.

### **3.1.4 LIMITES DU PARCOURS CONTRACTUALISE :**

➤ Pour les jeunes diplômées, une vision professionnelle à long terme est parfois difficile. Les délais imposés (3 à 4 ans) pour l'HAD paraissent majorés par rapport à l'accès à l'exercice libéral ou aux spécialités IDE (deux années pour le concours d'entrée à l'école de bloc opératoire ou celle d'anesthésie, cinq pour le concours d'entrée à l'institut de formation des cadres de santé<sup>52</sup>)? Les motivations doivent être maintenues et le projet professionnel doit résister à l'épreuve du « cycle préparatoire ».

➤ Dans le cadre de la mobilité, les propositions de postes s'avèrent restrictives par rapport aux choix offerts sur le marché du travail en particulier pour l'affectation recommandée en gériatrie.

➤ Les résistances au changement et les réserves face à la politique de mobilité devront être évoquées.

➤ La mobilité prévisionnelle doit être rigoureuse et anticipée. Le DS doit bénéficier de tableaux de bord fiables, performants et prospectifs. Toutes les données de la DRH et de la direction des soins relatives à GPEC des IDE doivent être collectées : départs à la retraite, mutations, disponibilités, congés parentaux, mobilités internes (autres que le programme HAD), promotions professionnelles liées aux projets professionnels de spécialités IDE, évolution des tableaux des emplois liée à des projets médicaux, des orientations prioritaires nationales ou institutionnelles...La liaison, direction des soins et DRH est un axe prioritaire de gestion des ressources humaines pour anticiper les mouvements sans provoquer de rupture dans les unités.

➤ La pénurie des IDE dans certaines régions rend parfois la négociation difficile entre le projet professionnel de l'IDE et les règles institutionnelles affichées.

Ces limites sont à connaître, mais ne s'opposent pas à l'entreprise HAD. De plus, la clarté et la transparence du programme affiché et le respect des engagements sont les garants de la réussite et de la confiance réciproque.

## **3.2 2<sup>e</sup> VOLET : PLAN D'ADAPTATION A L'EMPLOI ET PROGRAMME DE FORMATION**

A la suite des entretiens de sélection, le programme préparant l'entrée du professionnel à l'exercice en HAD se décline en deux phases : le parcours hospitalier, étudié aux paragraphes précédents, et la phase d'acquisitions théoriques et de stratégie

---

<sup>52</sup> IFCS : Institut de formation des cadres de santé

d'adaptation au futur poste de travail. La participation du soignant à l'élaboration de son projet favorise sa responsabilité et son implication.

Les axes d'amélioration du niveau de compétences des personnels<sup>53</sup> se préparant aux missions en HAD sont à construire par la Direction des Soins en lien avec le DRH.

### 3.2.1 PLAN INDIVIDUEL D'ADAPTATION A L'EMPLOI<sup>54</sup>

Ce plan individuel est bâti avec le professionnel, le CS de l'HAD et le DS au cours des entretiens de sélection et proposé au service formation de la DRH. Le projet professionnel de l'agent s'imbrique dans le PIAE.

L'accompagnement personnalisé permet de fidéliser l'IDE et de l'inscrire dans une trajectoire prévisionnelle sur plusieurs années selon son profil. Le contenu du PIAE est inclus dans le dossier de l'agent permettant de tracer les qualifications acquises.

Chaque élément preuve, apports théoriques, apprentissage gestuel, stage d'acquisition interprofessionnelle, fera l'objet d'une fiche module. Chaque fiche comprend les pré requis, les objectifs de formation, et les objectifs d'apprentissage, ainsi que les conditions de réalisation du stage.

Ce plan intervient **au minimum 6 mois** avant l'affectation.

Il comprend :

➤ Une formation théorique: cette partie est intégrée au plan de formation détaillé dans le paragraphe suivant.

➤ Une formation pratique et un apprentissage gestuel, les objectifs sont :

- Mise à niveau des techniques et des soins infirmiers non maîtrisés : manipulation des pompes et autres matériels, soins spécifiques tels les soins de stomies, trachéotomie, pansement complexes, chambres implantables...
- Echanges entre professionnels hospitaliers et libéraux autour d'ateliers pratiques au sein d'unités référentes. Le montage de ces séquences de Travaux Pratiques<sup>55</sup> sera réalisé par les IDE des unités.

➤ Stages interprofessionnels, à titre d'exemple, un programme de six semaines, séquencées de la façon suivante:

- Stages de cinq jours dans un ou plusieurs services hospitaliers spécialisés (médecines spécialisées en hémato oncologie, cancérologie,

---

<sup>53</sup> GRH référence 8 : Management et gestion au service du patient – manuel d'accréditation des établissement de santé ; actualisation, Juin 2003. ANAES

<sup>54</sup> PIAE : Plan individuel d'adaptation à l'emploi

<sup>55</sup> TP : travaux pratiques

chimiothérapie...) en intra ou dans d'autres établissements de santé tels les centres hospitalo universitaires ou les centres anti cancéreux.

- Pour le secteur mère – enfant le programme de périnatalité sera étudié conjointement avec les sages femmes. De même le stage en pédiatrie et celui de psychiatrie feront l'objet d'un travail spécifique avec les professionnels concernés
- Expérience auprès de professionnels libéraux ou au sein d'associations telles les SSIAD et /ou les centres de soins infirmiers sous la forme d'une semaine de mission interprofessionnelle.
- Apprentissage de deux semaines dans une structure d'HAD avant l'intégration dans l'équipe locale.
- Stage de trois jours sur l'ergonomie et sur les principes de bases de la manutention
- Découverte de l'activité d'une unité de soins palliatifs pendant trois journées
- Approche de l'éducation thérapeutique auprès d'une IDE d'éducation en diabétologie pendant deux journées.
- Accompagnement des assistantes sociales dans leur démarches pendant une journée et une journée de découverte auprès des acteurs sociaux des centres communaux d'action sociale : auxiliaire de vie, aide ménagère...

Les séquences sont à programmer sur l'année en fonction des disponibilités des intéressés et des intervenants, des nécessités de service et des possibilités d'accueil en stages.

### **3.2.2 FORMATION CONTINUE**

Cette formation s'intègre au plan pluri annuel de formation. Les actions sont élaborées en fonction des besoins exprimés par le soignant, les manques reconnus lors des entretiens préalables et au cours des évaluations annuelles avec l'encadrement.

Cette séquence de formation s'adresse à des professionnels intégrant un parcours professionnel ciblé et nécessite une remise à niveau d'un maximum d'acteurs tournés vers le projet commun des soins en HAD.

La formation comprend :

- Formations à caractère obligatoire (ex. : chimiothérapie, réanimation cardio-respiratoire, responsabilité juridique...).
- Formations à caractère prioritaire (ex. : oncologie, périnatalogie, éducation du patient, douleur et soins palliatifs, neurologie, manutention et ergonomie...).

- Formations à caractère complémentaire dans le domaine relationnel (gestion du stress, réflexologie, massage...).
- programme d'actions de formation en lien avec l'actualité scientifique, les nouveautés techniques, pharmaceutiques ou les évolutions médicales modifiant les prises en charge des patients.
- Formation sur le volet social de l'HAD : tous les partenaires qui gravitent autour du patient.
- Formation sur les outils et méthodes de prise en charge (ex. : informatique, dossier de soins, transmissions ciblées, hygiène et prévention des infections nosocomiales...).
- Formation à la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de l'ANAES<sup>56</sup> : Elle porte sur l'information du patient et de l'entourage ; la coordination entre professionnels et l'éducation des patients.

La déclinaison du plan de formation ouvre des actions diversifiées ; le programme est vaste et devra être négocié avec le DRH et défendu en instances.

### **3.3 VALIDATION PAR LES INSTANCES**

Comme tout projet managérial, les différentes étapes du parcours professionnel des IDE vers l'exercice en HAD doivent être visées par les instances et intégrées aux projets institutionnels.

Dans sa phase évolutive, les CSS et les CS sont associés au projet ; soit directement comme membres du groupe de travail « HAD » soit comme participants à la commission des cadres de la direction des soins.

Le programme proposé aux volets n°1 et n°2 sera étudié préalablement par la commission de soins<sup>57</sup> IMTR<sup>58</sup>. Elle y apportera tous les avenants et ajouts souhaités. Le programme préparatoire à l'accès en HAD fera l'objet d'un ajout dans le projet de soins.

L'avis final de la Commission SIMTR donne quitus au DS pour poursuivre les négociations.

---

<sup>56</sup> ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

<sup>57</sup> Evolution de l'article L6146-9 du code de la santé publique : projet modificatif du texte législatif suite à la réforme de la gouvernance à l'hôpital public.

<sup>58</sup> CSIMTR : Commission de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation

Proposée pour avis technique et étude de faisabilité au DRH, la gestion prévisionnelle des ressources humaines sera présentée au directeur d'établissement avant de soumettre le dossier aux instances.

Les délibérations du Comité technique d'établissement<sup>59</sup>, de la commission médicale d'établissement<sup>60</sup>, du comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail<sup>61</sup> et du conseil d'administration, permettent d'entériner les modes opératoires du dispositif et autorisent la mise en application de façon pérenne des deux volets : les modalités de recrutement et le plan individuel d'adaptation à l'emploi.

### **3.4 EVALUATION DU PROJET**

Le directeur des soins «... *détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins...* »<sup>62</sup>.

Un projet comme celui d'organiser un parcours professionnel contractualisé pour les IDE appelées à exercer en HAD doit pouvoir être évalué. Cette évaluation permet de juger la pertinence des méthodes et des outils proposés à sa mise en oeuvre.

Deux évaluations sont nécessaires : celle sur les outils développant les compétences attendues en HAD, et celle sur l'impact de la prise en charge des patients en HAD.

Ces évaluations seront intégrées au programme "HAD" et ne pourront se concrétiser qu'au moment de la mise en oeuvre de la structure.

#### **3.4.1 EVALUATION DES OUTILS**

Il s'agit de mesurer l'impact des outils proposés par la direction des soins dans le cadre du recrutement et des moyens d'adaptation à l'emploi déployés pour les professionnels se préparant à un poste en HAD.

Différentes analyses peuvent évaluer le succès du parcours professionnel et l'adhésion des IDE au programme « HAD »:

➤ Analyse de la participation des IDE à des groupes de travail professionnels ou pluridisciplinaires relatifs aux thèmes rencontrés en HAD (douleurs, soins éducatifs,

---

<sup>59</sup> CTE : Comité technique d'établissement

<sup>60</sup> CME : commission médicale d'établissement.

<sup>61</sup> CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

<sup>62</sup> Extrait de l'article 4 , sixième point, du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

protocoles de soins, transmissions ...) et l'implication dans les instances: CLIN, CLUD, CSIMTR.

- Prise en compte des propositions modificatives des profils et fiches de postes.
- Analyse des questionnaires d'évaluation post formations
- Analyse des évaluations des formateurs et des maîtres de stages
- Analyse des pratiques professionnelles en particulier l'implication des soignants dans la mise à jour des protocoles de soins, la rédaction de procédures pour l'HAD, et leur volonté de coordination avec d'autres soignants.
- Evaluation annuelle des agents par le cadre référent, et les demandes de formations complémentaires.

### **3.4.2 EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN HAD**

L'évaluation de la prise en charge du patient à domicile fait appel à :

- Analyse des questionnaires de sortie de l'HAD étudiant le moyen suivre l'évolution qualitative de la prise en charge. Certains critères sont déterminants et ciblent l'HAD : l'organisation des soins, les modalités de prise en charge médicale et paramédicale, la coordination des professionnels, les réponses aux besoins spécifiques, aux situations d'urgences, la ponctualité des intervenants, les qualités intrinsèques des soignants...

- Analyse des plaintes des patients permettant d'adapter l'offre aux besoins et aux attentes de la population soignée.

- Elaboration de grilles d'observation précisant les critères de prises en charge pluridisciplinaire du patient et de la qualité de la coordination des intervenants à domicile.

- Rencontre du patient et de son entourage par le CS dans le contexte de la coordination des soins à domicile et évaluations ponctuelles des prestations délivrées. Les patients ont la possibilité de s'exprimer sur les prestations offertes et apporter les remarques nécessaires à un changement souhaité.

La mise en œuvre de l'HAD permettra de mesurer les écarts entre le prévisionnel c'est-à-dire la phase du projet et l'activité réelle de la structure. L'impact du programme de gestion prévisionnelle des compétences sera alors évalué et les mesures correctives pourront être prises.

## 3.5 ATOUTS DE L'HAD POUR LE DS

### 3.5.1 OPPORTUNITES MANAGERIALES POUR LE DS

L'HAD offre dans le paysage hospitalier une ouverture pour les professionnels vers le domicile des patients, dans son lieu de vie.

L'adaptation aux pratiques attendues en HAD donne un nouvel espace aux soins. Il s'agit de préparer les professionnels à de nouvelles habitudes de travail, à évoluer dans un contexte singulier:

Pour le DS, toute nouveauté organisationnelle est une opportunité à saisir. L'avènement de nouvelles entités comme les alternatives à l'hospitalisation donne l'occasion de proposer d'autres organisations ou formules managériales. Ces évolutions obligent à réfléchir sur les méthodes d'accompagnement des professionnels.

Par ailleurs, dans un contexte de morosité, de pénurie de personnel, et de difficulté à maintenir toutes les activités conventionnelles, le CH de proximité se doit de rester attractif pour le personnel. La fuite des étudiants IFSI à la sortie de leur cursus de formation est significative. Quand les étudiants sont interrogés sur les raisons de leurs départs, hors du territoire de santé, pour beaucoup, la raison évoquée est le manque de diversité des services, un plateau technique peu développé, ou «trop de personnes âgées dépendantes » à prendre en charge.

L'HAD peut être une réponse à cette fuite ; l'ouverture vers la médecine libérale et vers les soins à domicile offre de nouveaux espaces de soins pour les hospitaliers.

L'HAD propose :

- Un « panachage » des possibilités de services offertes aux soignants au sein de l'hôpital : notion d'attractivité et de fidélisation des professionnels, possibilité d'une mobilité interne et d'échanges entre les secteurs hospitaliers.

- L'apprentissage de soins coordonnés et l'investissement dans un ou plusieurs projets thérapeutiques, enjeux innovants pour les IDE.

- La découverte de nouvelles prises en charge telle que l'éducation thérapeutique.

- La création d'un véritable parcours « initiatique » pour les professionnels appelés à exercer dans l'unité d'HAD : acquisition de nouvelles compétences pour une nouvelle offre de soins.

- Le renforcement du rôle de l'IFSI et du centre de formation des AS dans l'apprentissage des étudiants en stage en HAD et dans la formation continue.

- Le PIAE ouvre des pistes sur le partage d'expérience, sur les échanges entre professionnels d'horizon divers.

L'attractivité pour cette entité répond à un besoin de l'IDE de « faire autre chose ! ». De quitter les "murs" tout en restant attachée à l'établissement.

Pour les étudiants IFSI la perspective de travailler en HAD après un parcours professionnels "balisé" ouvre une nouvelle voie.

L'HAD est un levier de changement offrant au DS une palette de nouvelles possibilités et une source de propositions pour "capturer" les professionnels : un "micro laboratoire expérimental".

Enfin, le DS participe avec l'équipe de direction à la promotion de ce secteur nouveau, ainsi qu'à sa définition. Cet investissement en équipe de direction associant les acteurs médicaux, les intervenants paramédicaux et les professionnels psychosociaux est à lui tout seul une opportunité managériale !

### **3.5.2 IMPLICATION DU DS DANS LE RESEAU « VILLE-HOPITAL »**

Entre réseaux et institution, l'HAD doit trouver un fonctionnement capable de poursuivre le traitement hospitalier au domicile du patient. La coordination des acteurs autour du patient à son domicile nécessite une parfaite régulation.

Dans le projet d'HAD du pôle de santé sud Meusien, le fonctionnement de cette future structure fera appel par convention à des collègues IDE et MKDE libéraux, créant des synergies et des complémentarités entre les secteurs.

L'HAD doit être pivot d'une nouvelle forme de prise en charge hors les murs de l'hôpital. L'équipe de l'HAD devient un régulateur d'activité dans la prise en charge du patient.

La première implication du DS est l'activité de formation, qui prend ici toute sa dimension ; les intervenants en HAD doivent être assurés de trouver un plan d'adaptation à l'emploi ou une convention de formation continue.

La participation du DS à la création d'un programme de formation pluri et interdisciplinaire, associant secteur libéral et secteur hospitalier, donne une nouvelle dimension aux directions des soins "gestion" et pédagogique".

Le CH et l'IFSI, dans ses missions de formation continue, deviennent des centres référents de formation et de mise à niveau des professionnels avant de pouvoir exercer en HAD : lieux de stage, de formation permanente, d'apprentissage des techniques de soins.

Au-delà de ce programme de formation, la mise en place d'actions de coopération et d'échanges autour des pratiques professionnelles et des techniques de soins évite la rupture entre les différents dispositifs.

L'organisation de stages d'adaptation à l'emploi intra hospitalier et dans le libéral, conformément au PIAE, évoqué dans le paragraphe précédent, ouvre les secteurs vers un rapprochement souhaitable pour le patient.

La deuxième implication du DS est l'activité de coopération entre les acteurs. Dans les entretiens réalisés pour ce travail la discussion entre les partenaires montrent l'importance des relais et des échanges entre les responsables ou les professionnels autour de l'activité HAD. Le DS peut engager l'encadrement et les équipes de soins autour de la création d'outils communs de transmissions et d'élaboration de protocoles de soins adaptables aux différentes pratiques.

Vaincre "l'hospitalo-centrisme" en développant un véritable partenariat autour des soins à domicile (HAD, SSIAD ; Acteurs libéraux) et avec le secteur social est une plus.value pour le CH, donc pour l'équipe de direction, et en particulier pour la direction des soins.

## CONCLUSION

Un service d'HAD correspond à une nouvelle organisation de prise en charge des patients intégrée dans le dispositif "conventionnel" hospitalier à la frontière de la médecine de ville.

L'opportunité pour le DS est de proposer aux professionnels, sous sa responsabilité, une diversité de secteurs de soins permettant de répondre à des objectifs d'attractivité et de fidélisation dans l'établissement. Le développement de nouvelles compétences des personnels est un atout pour le management de la direction des soins. La présence de professionnels aux expériences diversifiées permet de développer la polyvalence et l'expertise des soignants.

La liaison entre les acteurs hospitaliers et les acteurs libéraux d'une part et le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le social d'autre part sont des éléments à encourager, permettant une prise en charge complète de la personne soignée.

*« Nos priorités portent aujourd'hui sur la qualité de la prise en charge en HAD et la continuité des soins. Cela se traduit notamment par la complémentarité, l'articulation et la coordination entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge du malade. Ainsi reconnue et structurée, l'HAD constitue un mode de prise en charge de qualité des patients dans de bonnes conditions de confort et de sécurité. <sup>63</sup> »*

En ce sens, l'HAD représente un enjeu important pour les soignants comme pour le patient.

Les professionnels appelés à exercer en HAD demandent des compétences et des aptitudes particulières. Former les intervenants à exercer à domicile et les préparer à faire face à des protocoles complexes ou spécialisés dans le contexte du domicile sont les enjeux managériaux contenus dans ce mémoire. Ces missions de soins ont été à la genèse de ce mémoire.

Les pistes ouvertes dans ce mémoire seront poursuivies lors de la conception finale du projet HAD du Pôle de Santé Sud Meusien. Outre la GPEC, les aspects « pratico- pratiques » devront être appréhendés ; le DS et l'équipe de la direction des soins s'y emploieront.

Les contacts réalisés lors des entretiens seront des précieux atouts pour la mise en place du projet et pour l'exercice futur de DS, à la frontière de l'hôpital et de la médecine libérale.

---

<sup>63</sup> E.COUTY, Directeur de la DHOS - Revue hospitalière de France ; n°496, janvier février 2004 p3.

Au décours de cette réflexion, la question pour un directeur des soins pourrait être est la suivante :

***Quels professionnels préparons nous pour l'exercice de demain en réseaux ?***

*Pour conclure, cette exhortation...*

***Accompagner et soigner à domicile :  
Une autre idée du soin !***

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires :

REPUBLIQUE FRANCAISE 1970 - Loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

REPUBLIQUE FRANCAISE 1991 - Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

REPUBLIQUE FRANCAISE 1992 - Décrets n° 92-1100, 92-1101 et 92-1102 du 02 octobre 1992 relatifs aux structures de soin alternatives à l'hospitalisation.

REPUBLIQUE FRANCAISE 1993 – Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers.

REPUBLIQUE FRANCAISE 1994 – Décret n°94-626 du 22 juillet 1994 relatif à la formation des AS & Arrêté du 22 juillet 1994 relatif au diplôme professionnel des AS et des Auxiliaires de Puériculture<sup>64</sup> dans les établissements hospitaliers.

REPUBLIQUE FRANCAISE 1996 – Circulaire DGS/PS3/DH/FH 1 n°96-31 du 19 janvier 1996 relatif au rôle et aux missions des AS et des AP

REPUBLIQUE FRANCAISE 1996 - Ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

REPUBLIQUE FRANCAISE 1999 - Loi n°99-477 du 09 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

REPUBLIQUE FRANCAISE 2000 - Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'Hospitalisation à domicile.

---

<sup>64</sup> AP : Auxiliaire de puériculture

REPUBLIQUE FRANCAISE 2002 - Décret n°202-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. (Modifie le Décret n° 93-345 du 15 mars 1993).

REPUBLIQUE FRANCAISE 2002 - Circulaire du 19 février 2002 (relative à l'organisation des soins palliatifs).

REPUBLIQUE FRANCAISE 2002 - Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

REPUBLIQUE FRANCAISE 2002 - Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la FPH.

REPUBLIQUE FRANCAISE 2002 – Décret n°2002-793 du 03 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile.

REPUBLIQUE FRANCAISE 2003 – Ordonnance n°2003-850 du 04 septembre portant simplification administrative et du fonctionnement du système de santé.

REPUBLIQUE FRANCAISE 2003 – Circulaire n°DHOS/2003/485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'Ordonnance du 04/09/03.

REPUBLIQUE FRANCAISE 2004 – Circulaire DHOS-F2-O/DSS-1A- 2004/n°36 du 02 février 2004 relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

REPUBLIQUE FRANCAISE 2004 – Circulaire DHOS/O/ n°44 du 04 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.

REPUBLIQUE FRANCAISE 2004 – Circulaire DHOS/O/2004 du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

### **Ouvrages :**

ALIGNON A., COM-RUELLE L., RAFFY-PIHAN N. - *Méthode de l'enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile, 1999-2000*, CREDES, Biblio n°1363 – novembre 2001,95 p.

ALIGNON A., COM-RUELLE L., RENAUD T. - *Evaluation du coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile*, CREDES, Biblio n°1484 – juin 2003, 260 p.

HART J.- LUCAS S. – *management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*, Editions LAMARRE, janvier 2003, 180p.

KOUCHNER B - *Demain l'hôpital* - MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE – Secrétariat d'état à la santé et aux handicapés. Paris; Mai 1999, 175p.

RAFFY-PIHAN N. - *L'hospitalisation à domicile : un tour d'horizon en Europe, aux Etats-Unis et au Canada*, CREDES –octobre 1994.

### **Articles de périodiques :**

ALIGNON A., COM-RUELLE L., RENAUD T., LEBRUN E. « le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile ». *Question d'économie de la santé*, juin 2003, N°67, p.6.

ADJEMOUT L. «Dossier N°33 ; « les alternatives à l'hospitalisation. Le service HAD gériatrique de Marseille ». *Revue hospitalière de France*, mai - juin 2000, N°3, pp. 76-78.

BARANES M.F. « Home, sweet home ». *L'infirmière magazine*, Novembre 2002, N°176, pp. 50-51

BESSET C., BLAISE S., FAIVRE CHALON D., PETIT L. « L'hospitalisation à domicile ». *La revue du praticien. Médecine générale*. Tome 17, N°602, pp.206-207.

BILLO M. « la prise en charge d'un malade en HAD ». *L'Aide-soignante*, mars 2001, N°25, p.15.

CARO C. «L'hospitalisation à domicile : un enjeu pour l'assurance maladie ». *Regards*, juillet 2001, N°20, pp161-166.

COUSTEIX P.J. « Dossier N°33; les alternatives à l'hospitalisation. Valoriser l'HAD au sein des structures sanitaires et sociales. ». *Revue hospitalière de France*, mai - juin 2000, N°3, pp. 64-65

ETOURNEAU C. « Hospitalisation à domicile : l'Etat s'engage. ». *Décisions santé*, mars 2001, N°172, pp.17-18.

GAUTHIER P. « orientation en matière de planification : nouveauté et limites ». *Revue hospitalière de France*, septembre – octobre 2002, N°488, pp.8-11.

HAURY B. « L'hospitalisation à domicile. ». *Echanges santé social*, décembre 2000, N°100, pp.33-34.

HAURY B. « Hospitalisation à domicile : une répartition encore inégale ». *Revue hospitalière de France*, mai - juin 2000, N°3, pp.51-52.

LE PLAT P., DELCROIX C., VIOLLET R., JOUVE M. « Hospitalisation à domicile : résultats et analyse d'un outil de description patient ». *Réflexions hospitalières*, septembre-octobre 2003, N°494, pp.64-68.

LOMBARD F., NICOLAS L., BARDONNENCHE E. « la nécessité d'une coordination en HAD ». *Revue SOINS*, octobre 2002, N°669, pp 26-27.

MAISONNEUVE C. « infirmières libérales : premiers résultats de l'enquête à domicile ». *SOINS GERONTOLOGIQUES*, septembre-octobre 2002, N°37, pp. 42-47.

MARTIN F. « Hospitalisation à domicile : le financement au cœur du débat ». *Objectifs soins*, janvier 2000, N°82, pp. 11-12.

PASCAL C., PIOVESAN D. « Réformes pour la santé. Quelle régionalisation pour le système de santé ? ». *Regards sur l'actualité*, février 2002, pp.13-26.

PATTE R. « prescrire une hospitalisation à domicile en élaborant un projet thérapeutique ». *La presse médicale*, juin 2001, N° 22, pp.1109-1114.

RAIKOVIC M. « L'hospitalisation à domicile : un réseau de réseaux. ». *Décisions santé*, mars 2002, N°183, pp.15-21.

RAIKOVIC M., ETOURNEAU C. «soins de suite et de réadaptation : l'hospitalisation à domicile. ». *Décisions santé*, avril 2002, N°184, pp.14-23.

RICHARD V., CESARANO M.D. «les acteurs du réseau de soins ». *Objectifs soins*, novembre 2001, N°100, pp.12-14.

SIOUFFI P., MALLET M., PASCAL L., DURIF L. « Evaluation de la charge en soins en hospitalisation à domicile. ». *Gestions hospitalières*, janvier 2001, N°402, pp.26-28.

### **Mémoires**

BOUTROU E. *Les réseaux, articulation du sanitaire et du médico-social sur la ville : Une mutation nécessaire de la psychiatrie, vers la santé mentale*. Mémoire de directeur des soins – ENSP - novembre 2002, 62p.

DEVARIEUX O. & HANNION M. *Vers la création d'une filière intégrée de santé pour le sud Meusien*. Mémoire de management général hospitalier de l'ESSEC – promotion 2003, 51p.

DULAK E. *La gestion de la mobilité au service de la compétence*. Mémoire d'infirmier général –ENSP – octobre 2001, 66p.

ROBERT M. *Les soins palliatifs et accompagnement en HAD : un changement culturel à manager*. Mémoire de D.E.S.- ENSP - session 2001, .85p.

### **Rapports:**

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES) *complément au manuel d'accréditation : hospitalisation à domicile*. Mars 2003

ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, première procédure d'accréditation, juin 2003, 136p

ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale, novembre 2003, 184p.

INFORMATIONS HOSPITALIERES N°52 spécial : *L'hospitalisation à domicile, un nouvel essor*. Mars 2000 ; 55p.

JACQUAT D. *La crise sanitaire et sociale déclenchée par la canicule*. Rapport d'information par la commission des affaires culturelles familiales et sociales. Septembre 2003, 59p.

### **Interventions à l'ENSP :**

BARTHES R. – *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* - cours ENSP novembre 2003.

DONIUS B. – *La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : enjeux, concepts et illustrations* - cours ENSP novembre 2003.

### **Sites Internet :**

-Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile : [www.fnehad.asso.fr](http://www.fnehad.asso.fr)

-Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) : [www.credes](http://www.credes)

-Site du ministère de la santé : [www.santé.gouv](http://www.santé.gouv)

-Site de la fédération hospitalière de France : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe n°1** : Indice de Karnofsky

**Annexe n°2**: Liste des différents modes de prise en charge en HAD

**Annexe n°3**: Types de soins délivrés en HAD

**Annexe n°4**: Guide d'entretien n° 1

**Annexe n°5**: Guide d'entretien n°2

**Annexe n°6**: Guide d'entretien n°3

**Annexe n°7**: Tableaux récapitulatifs des personnes interviewées

**Annexe n°8**: Fiche de poste à pourvoir de l'IDE d'HAD

## ANNEXE N°1

### Indice de Karnofsky

Grille d'évaluation du degré de dépendance d'un patient sur 24 heures

Indice écrit par Mr. Karnofsky

100%	Pas de signe de maladie
90%	Peut mener une activité normale, symptômes ou signes mineurs de la maladie. Totalement autonome.
80%	Peut mener une activité normale mais avec efforts, symptômes ou signes mineurs. Totalement autonome
70%	Peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale. Autonome mais à stimuler.
60%	Nécessité d'une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des ses besoins. Semi autonome.
50%	Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents. Semi autonome.
40%	Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers, dépendants.
30%	Sévèrement handicapé, dépendant.
20%	Très malade, soutien actif, absence totale d'autonomie.
10%	Moribond, processus fatal progressant rapidement.

<b>LISTE DES DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE</b>
--

- Antibiothérapie (voir traitements)
- Antiviraux (voir traitement)
- Aplasies (voir surveillance)
- Assistance respiratoire
- Autres traitements (fin de liste)
- Chimiothérapie
- Douleur
- Education
- Escarres : voir pansements complexes
- Nutrition entérale
- Nutrition parentérale
- Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés)
- Prise en charge psychologique et/ou sociale
- Radiothérapie
- Rééducation neurologique
- Rééducation orthopédique
- Soins palliatifs
- Surveillance post-chimiothérapique
- Surveillance des aplasies
- Traitement anti-infectieux ou autres traitements par voie veineuse
- Transfusion sanguine

**TYPES DE SOINS DELIVRES EN HAD**

➤ **SOINS PONCTUELS** : ce sont des soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple).

➤ **SOINS CONTINUS** : ils associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.

➤ **SOINS DE READAPTATION AU DOMICILE** : ces soins sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie

## ANNEXE N°4

### GUIDE D'ENTRETIEN n°1 (support d'entretien)

Population interviewée 1) **TUTELLES & MEDECINS & DIRECTEURS DES SOINS & CADRES SUPERIEUR & CADRES de SANTE**

THEMATIQUES	IDEES MAITRESSES
<p>Recomposition de l'offre de soins et alternatives à l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• que recouvre la notion d'HAD ?</li><li>• quelles conséquences en terme de management ?</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Grandes orientations nationales et régionales en terme de recomposition de l'offre de soins. quel est le champ d'action de l'HAD ? Quelle place accordée au patient et à l'entourage ?</li><li>2. Dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation, quelle place occupe l'HAD ?</li><li>3. Quels sont les besoins attendus dans les territoires de santé et plus particulièrement la place de l'HAD au sein du réseau « ville hôpital »?</li><li>4. Quels sont les partenaires incontournables de l'HAD ? Comment organiser l'articulation HAD, médecine libérale et médecine hospitalière ?</li><li>5. Le service HAD fait il partie des priorités définies dans le projet d'établissement, approuvé par l'ARH ?</li><li>6. Quels atouts offrent une telle unité dans le paysage hospitalier ?</li><li>7. Quelles contributions apportent le Directeur des Soins et l'équipe d'encadrement dans la mise en œuvre, l'organisation et le fonctionnement d'un tel service ?</li><li>8. Quelles conséquences en terme de gestion des ressources humaines ? Quelles stratégies et orientations managériales le DS doit il développer ? quelles sont les compétences et qualités attendues pour les professionnels exerçant en HAD ? Quelles modalités de recrutement ?</li><li>9. L'HAD nécessite t elle des formations spécifiques d'adaptation à l'emploi ?</li></ol>

## ANNEXE N°5

### GUIDE D'ENTRETIEN n°2 (*support d'entretien*)

Population interviewée : **2) LES SOIGNANTS DE L'HAD : MEDECINS & CS & IDE & AS.**

THEMATIQUES	IDEES MAITRESSES
Intérêt professionnel et spécificités des missions des professionnels exerçant en HAD un nouveau métier ?	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Selon vous, quels sont les avantages et les limites pour les professionnels à travailler dans une structure d'HAD ?</li><li>2. Quelles sont les relations et liaisons avec :<ul style="list-style-type: none"><li>-l'équipe médicale (médecin traitant, Praticien Hospitalier, médecin coordonnateur de l'HAD)</li><li>-les collègues des autres unités hospitalières</li><li>-les équipes du secteur libéral (SSIAD, IDE &amp; kiné libéraux) ou du secteur médico-social (auxiliaires de soins) ?</li><li>-les patients et l'entourage.</li></ul></li><li>3. Quelles sont les compétences et/ou qualités professionnelles requises pour occuper un poste en HAD?</li><li>4. Quelles spécificités développer plus particulièrement (éducation de l'utilisateur et de son entourage, chimiothérapie et oncologie, douleur ou soins palliatifs...).</li><li>5. Un poste en HAD réclame-t-il une formation d'adaptation à l'emploi ? Dans l'affirmative laquelle ?</li><li>6. Existe-t-il des protocoles thérapeutiques et quelle est la participation des professionnels à leurs mises en œuvre ainsi que le patient et l'entourage (Patient = acteur principal du système de soins) ?</li><li>7. La mobilité des personnels entre les secteurs hospitaliers « conventionnels » et l'HAD est-elle envisageable ?</li></ol>

## ANNEXE N°6

### GUIDE D'ENTRETIEN n°3 (*support d'entretien*)

Population interviewée : **3) PARTENAIRES POTENTIELS**

THEMATIQUES	IDEES MAITRESSES
Place l'HAD dans le paysage sanitaire et social, Articulation entre les professionnels de santé,	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation, quelle place occupe l'HAD ? quels atouts ? -HAD : structure intégrée au « parcours » du patient ou entité supplémentaire ? -HAD : partenariat ou concurrence avec la médecine libérale ?</li><li>2. Quels sont les besoins attendus dans les territoires de santé et plus particulièrement la place de l'HAD au sein du réseau « ville hôpital »?</li><li>3. Quels sont les partenaires incontournables de l'HAD ? Comment organiser l'articulation HAD, médecine libérale et médecine hospitalière ?</li><li>4. Quel est le rôle du médecin traitant ?</li><li>5. Quel partenariat développé avec les IDE et Masseur kinésithérapeutes libéraux ?</li><li>6. Quelle place occupe les professionnels sociaux dans l'accompagnement des patients en HAD?</li><li>7. Quelles sont les compétences et/ou qualités attendues des professionnels exerçant en HAD ?</li></ol>

**ANNEXE N°7**      **TABLEAU RECAPITULATIF DES PROFESSIONNELS INTERVIEWES**

**STRUCTURES HAD :**

<i>14 personnes interviewées</i>	AP-Hôpitaux de Paris	Santé Service Puteaux	HAD Vendée	HAD Rennes
Médecin coordonnateur				1
Directeur des soins & Cadre de santé coordonnateur	1	1	1	
CSS	1			
CS infirmiers	2			
CS masseur kinésithérapeute	1			
IDE coordonnateurs		2		
IDE	2			
AS	2			

**PARTENAIRES :**

<i>12 personnes interviewées</i>	Médecine libérale	IFSI - C.H. de Verdun	C.H. de Gonesse	Centre Communal d'Action Social : Bar le Duc		C.H. de Bar le Duc		
				SSIAD	Centre de soins infirmiers	Service de médecine	Soins palliatifs	Service social
Président/ conseil de l'ordre	1							
Médecin	1							
Praticiens hospitaliers						1	1	
DS & CS responsable (SSIAD)		1	1	1				
								1
IDE	1				1		1	
AS				1				

**TUTELLES : 4 personnes interviewées**

DHOS Attachée Administratif	ARH : Médecin Inspecteur & Directeur des soins	DDASS : Directeur
-----------------------------	--	-------------------

**ANNEXE N°8****POSTE A POURVOIR****Affectation** : Hospitalisation à domicile (HAD)**Personne à contacter** :**Service** : Direction des soins.**Localisation** :**IDENTIFICATION DU POSTE****Grade** : Infirmière diplômée d'état**Fonction** : Infirmière unité de soins en HAD**Liaisons hiérarchiques** : cadre de santé de l'HAD, cadre supérieur, directeur des soins.**Liaisons fonctionnelles** :

- Le médecin coordinateur
- Le médecin prescripteur
- Le service social
- Les partenaires libéraux
- Les services administratifs

**Horaires de travail** : Amplitude horaire de 7h à 21h Astreinte à domicile 21h 7h**MISSION DU POSTE****Mission générale** :

- Prise en charge personnalisée de la personne et de son entourage au domicile
- Réalisation des soins infirmiers selon les prescriptions médicales
- Participation au projet thérapeutique du patient.
- Maintenance du matériel au domicile.
- Assurer l'éducation du patient pour le conduire vers l'autonomie.
- Encadrement des stagiaires.

**Missions permanentes** :

- Réaliser les transmissions orales et écrites (dossier de soins, résultats des examens...)
- Participer à la réunion de synthèse médicale hebdomadaire
- Mettre en commun les besoins des patients et de leur entourage
- Prévoir et organiser le travail.
- Coordonner la participation des autres partenaires de soins.

**PARTICULARITES A LA FONCTION**

- Permis de conduire obligatoire,
- Expérience professionnelle minimum 4 années dont 2 en établissement de santé.

**COMPETENCES REQUISES****La formation et les qualifications requises** :

- Diplôme d'Etat d'infirmier(e)
- Maîtrise des soins techniques de pointe(KTVC, pompes, chimiothérapie)

**Les qualités professionnelles requises** :

- Respect de la confidentialité et du secret professionnel.
- Dimension relationnelle
- Faculté d'adaptation
- Rigueur et Capacité organisationnelle
- Posséder une bonne résistance physique.