

COLLOQUE ANFH / EHESP



Les nouveaux métiers de coordination des parcours de soins

14 mars 2019

ICM – Hôpital de la Salpêtrière
Paris

COLLOQUE ANFH / EHESP

Ouverture de la journée

Monsieur Alain MICHEL
Vice-Président de l'ANFH

Monsieur Michel LOUAZEL
Directeur de l'Institut du Management à l'EHESP



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Colloque ANFH / EHESP

14 mars 2019

Les nouveaux métiers de la
coordination des parcours de soins

DGOS Mission GHT
Brigitte SCHERB

PLAN DE LA PRESENTATION

Rappels:

- 1) Objectifs de la Stratégie de Transformation du Système de Santé

Observation:

- 2) Des tendances déjà observées dans les GHT

Chantier IPA:

- 3) Point d'étape IPA

AGIR SUR LES MÉTIERS

➔ **FLUIDIFIER LES CARRIÈRES ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL POUR DAVANTAGE D'ATTRACTIVITÉ**

AGIR SUR LE TERRITOIRE

MIEUX STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS DANS LES TERRITOIRES

➔ **PROMOUVOIR LES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTE**

Le diagnostic territorial partagé donne lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé

➔ **DÉVELOPPER UNE OFFRE HOSPITALIÈRE DE PROXIMITÉ, OUVERTE SUR LA VILLE ET LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL, ET RENFORCER LA GRADATION DES SOINS**

Développer **des établissements de santé de proximité** qui assurent le premier niveau de gradation des soins hospitaliers,
Simplifier le régime des autorisations l' Adapter aux activités réalisées dans le cadre des dispositifs de coopération et de coordination des acteurs de santé ;

➔ **RENFORCER LA STRATÉGIE ET LA GOUVERNANCE MÉDICALES AU NIVEAU DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE, ET ACCOMPAGNER LES ÉTABLISSEMENTS VOLONTAIRES POUR DAVANTAGE D'INTÉGRATION**

➔ **CRÉATION DANS CHAQUE GHT D'UNE COMMISSION MÉDICALE DE GROUPEMENT POUR ACCOMPAGNER LE DÉPLOIEMENT DU PROJET MÉDICAL PARTAGÉ.**

➔ **LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES SERA UNE COMPÉTENCE MUTUALISÉE POUR APPUYER LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS MÉDICO-SOIGNANTS PARTAGÉS.**

➔ **UN DROIT D'OPTION SERA PROPOSÉ AUX ÉTABLISSEMENTS QUI SOUHAITENT ALLER VERS PLUS D'INTÉGRATION POUR EXPÉRIMENTER DE NOUVEAUX MODES DE GOUVERNANCE, MUTUALISER DE NOUVELLES COMPÉTENCES.**

DÉVELOPPEMENT DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ:

INNOVATION ET DONNÉES CLINIQUES

➔ **ESPACE NUMÉRIQUE DE SANTÉ POUR CHAQUE USAGER**

➔ **LA TÉLÉMÉDECINE ET LES TÉLÉSOINS**

FOCUS : LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

**Préserver la qualité de vie des patients,
qui resteront près de leur domicile
et de leurs proches**

Parmi leurs missions :

- assurer des activités hospitalières de proximité : médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, soins de suite et de réadaptation
- proposer des consultations avancées de spécialités médicales et chirurgicales avec le support des établissements voisins
- disposer selon les besoins du territoire de plateaux techniques ouverts aux professionnels de santé de ville (imagerie, biologie et explorations), d'équipes mobiles, d'équipements de télémédecine

➔ **UNE OUVERTURE SUR LA VILLE AVEC LA PARTICIPATION DE REPRÉSENTANTS DES CPTS À LEURS COMMISSIONS MÉDICALES D'ÉTABLISSEMENT (CME) ET À LEURS CONSEILS DE SURVEILLANCE**

➔ **UNE GOUVERNANCE LOCALE FORTE GARANTIE AUX HÔPITAUX DE PROXIMITÉ (S'ILS SONT DE STATUT PUBLIC) PAR LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT)**

➔ **UN MODÈLE DE FINANCEMENT ADAPTÉ AUX SPÉCIFICITÉS DE LEURS MISSIONS**

Rappels:

1) Objectifs de la Stratégie de Transformation du Système de Santé

Observation:

2) Des tendances déjà observées dans les GHT

Chantier IPA:

3) Point d'étape IPA

Rappel 2017-2018 : LANCEMENT D'UN APPEL A PROJET

25 millions d'euros

16 thématiques

Pôles inter-etb

Télémédecine

Médico-tech

Equipes de territ.

Recherche & innov.

GPEC

Management
qualité

Métiers coordinat.

Protocoles de coopé

Plan d'invest.

Coordinat. externe

Crises sanitaires

SDSI

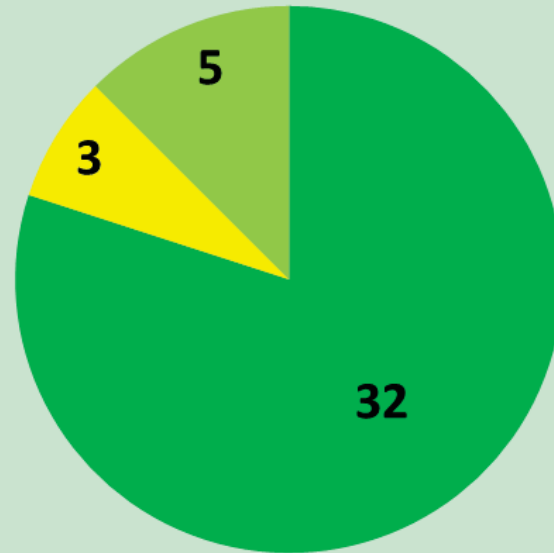
Equipe SI commune

SI fonction support

Socle technologique

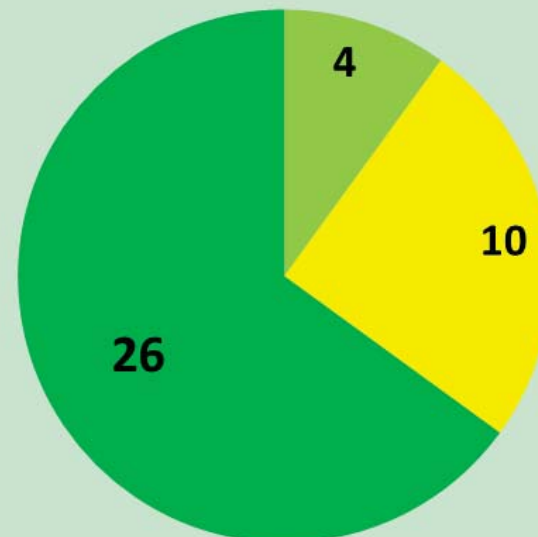
Des appels à projets gérés par les ARS, déposés par les GHT en janvier 2018 et arbitrés début mars

1020 projets déposés dont 41 sur la thématique des nouveaux métiers de la coordination



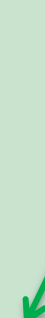
- Gestion de parcours
- Gestion des lits
- gestion des flux patients

! Dans les PMSP il est fait mention 43 fois d'IPA



- cadre
- equipe
- IDE et PNM

Dont
3 IPA



Rappel 2017-2018 : LANCEMENT D'UN APPEL A PROJET

25 millions d'euros

16 thématiques

Pôles inter-etb

Télémédecine

Médico-tech

Equipes de territ.

Recherche & innov.

GPEC

Management
qualité

Métiers coordinat.

Protocoles de coopé

Plan d'invest.

Coordinat. externe

Crises sanitaires

SDSI

Equipe SI commune

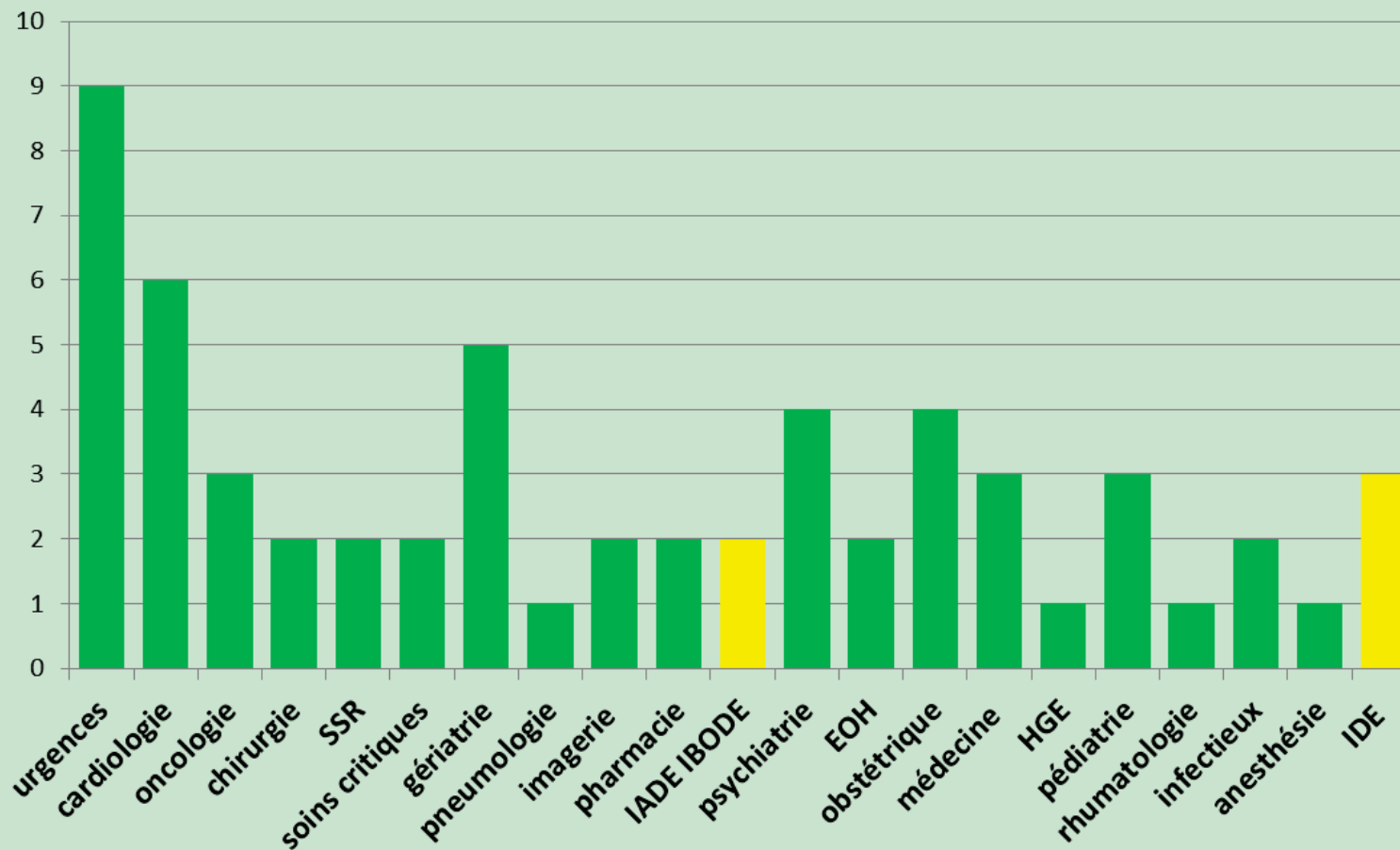
SI fonction support

Socle technologique

Des appels à projets gérés par les ARS, déposés par les GHT en janvier 2018 et arbitrés début mars

1020 projets déposés dont 103 sur la thématique équipes de territoire

équipes de territoire



Rappel 2017-2018 : LANCEMENT D'UN APPEL A PROJET

25 millions d'euros

16 thématiques

Pôles inter-etb

Télémédecine

Médico-tech

Equipes de territ.

Recherche & innov.

GPEC

Management
qualité

Métiers coordinat.

Protocoles de coopé

Plan d'invest.

Coordinat. externe

Crises sanitaires

SDSI

Equipe SI commune

SI fonction support

Socle technologique

Des appels à projets gérés par les ARS, déposés par les GHT en janvier 2018 et arbitrés début mars

1020 projets déposés dont 46 sur la thématique coordination externe ville hôpital

Rappels:

1) Objectifs de la Stratégie de Transformation du Système de Santé

Observation:

2) Des tendances déjà observées dans les GHT

Chantier IPA:

3) Point d'étape IPA

RAPPEL

Une pratique qui dépasse les deux dimensions clivantes *clinicienne et praticienne* du modèle anglo-saxon;
Un travail d'équipe dans lequel le médecin oriente les patients vers l'IPA;

Une formation universitaire de deux ans au grade master permettant de développer une expertise approfondie sur le domaine souhaité;
Une condition d'expérience infirmière préalable de 3ans minimum.

Rappel :

Les domaines d'intervention ouverts à la pratique avancée infirmière

- Pathologies chroniques stabilisées; prévention et polypathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale

Le domaine «santé mentale et psychiatrie» avait été envisagé pour la rentrée 2018- 2019 mais reporté à l'année suivante pour poursuivre les discussions sur le champ et le périmètre.

IPA point d'étape

L'élaboration du domaine d'intervention sera menée à deux niveaux:

En concertation élargie

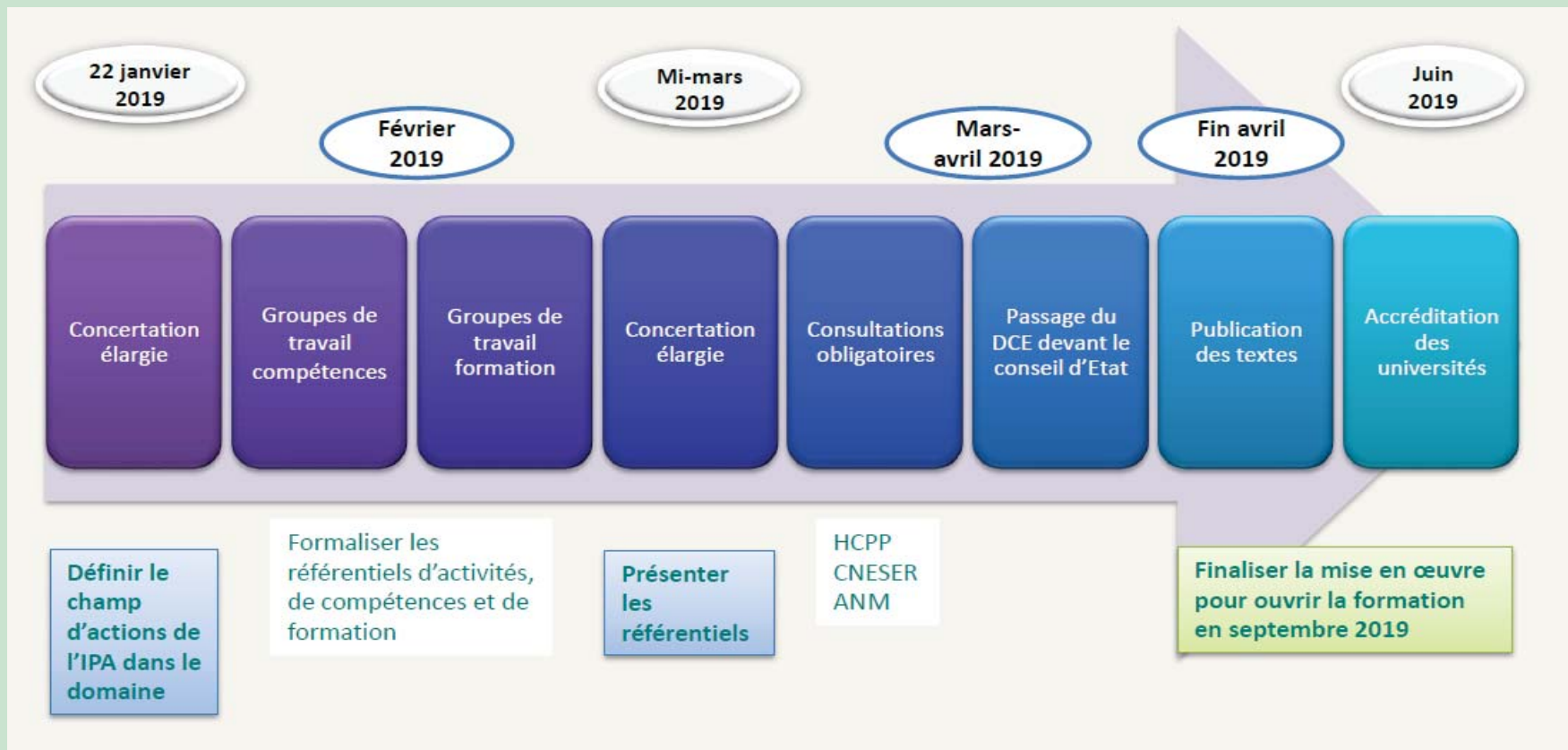
- Objectifs: établir les grandes orientations sur le champ d'activité de l'IPA dans le domaine et valider les travaux sur les référentiels.
- Participants: représentants de la spécialité psychiatrie et de la médecine générale, représentants des infirmiers, ordres, fédérations, conférence CHS, CH et CHU, ADESM

Lors des groupes de travail sur les référentiels compétences et formation

- - Objectifs: A partir des orientations retenues, définir les activités et les compétences nécessaires à l'IPA dans le domaine et élaborer le contenu de la formation en 2^e année.
- - Participants: CNP, conférences des doyens, FNESI, DGOS, DGESIP

Livrables:

- **DCE intégrant un nouveau domaine d'intervention;**
- **Arrêté de formation modificatif contenant le RAC et le référentiel de formation pour la nouvelle formation;**
- **-Éventuelle modification de l'arrêté sur les actes et prescriptions.**





DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

MERCI DE VOTRE ATTENTION

DISPOSITIFS INNOVANTS

Yves ASENCIO

Chef de service Chirurgie ambulatoire et chercheur en ingénierie des systèmes – HIA Robert Picqué, Université de Bordeaux

DISPOSITIFS INNOVANTS

Claire JAHIER

**Médecin Conseil, Chef de service mission appui,
établissement de santé Bretagne**

Clotilde DELACOUR

**Responsable du pôle accompagnement et régulation
CPAM d'Ile et Vilaine**

CEM@domicile

Parcours de soins du patient atteint d'un cancer

Clotilde DELACOUR
Docteur Claire JAHIER

CONTEXTE



Demande
du Pr GUILLÉ,
Directeur du CRLCC
Rennes



Problématique : s'adapter à la chronicisation de la maladie, aux innovations thérapeutiques, au virage ambulatoire
Intégrer la complexité médicale, socio économique et psychologique des patients



Répercussion clinique et économique

Complications plus graves
Ré-hospitalisations itératives (via les urgences)



Suivi des patients en sortie d'hospitalisation : améliorer la coordination et la sécurisation des patients



POPULATION CIBLÉE

- Majeurs

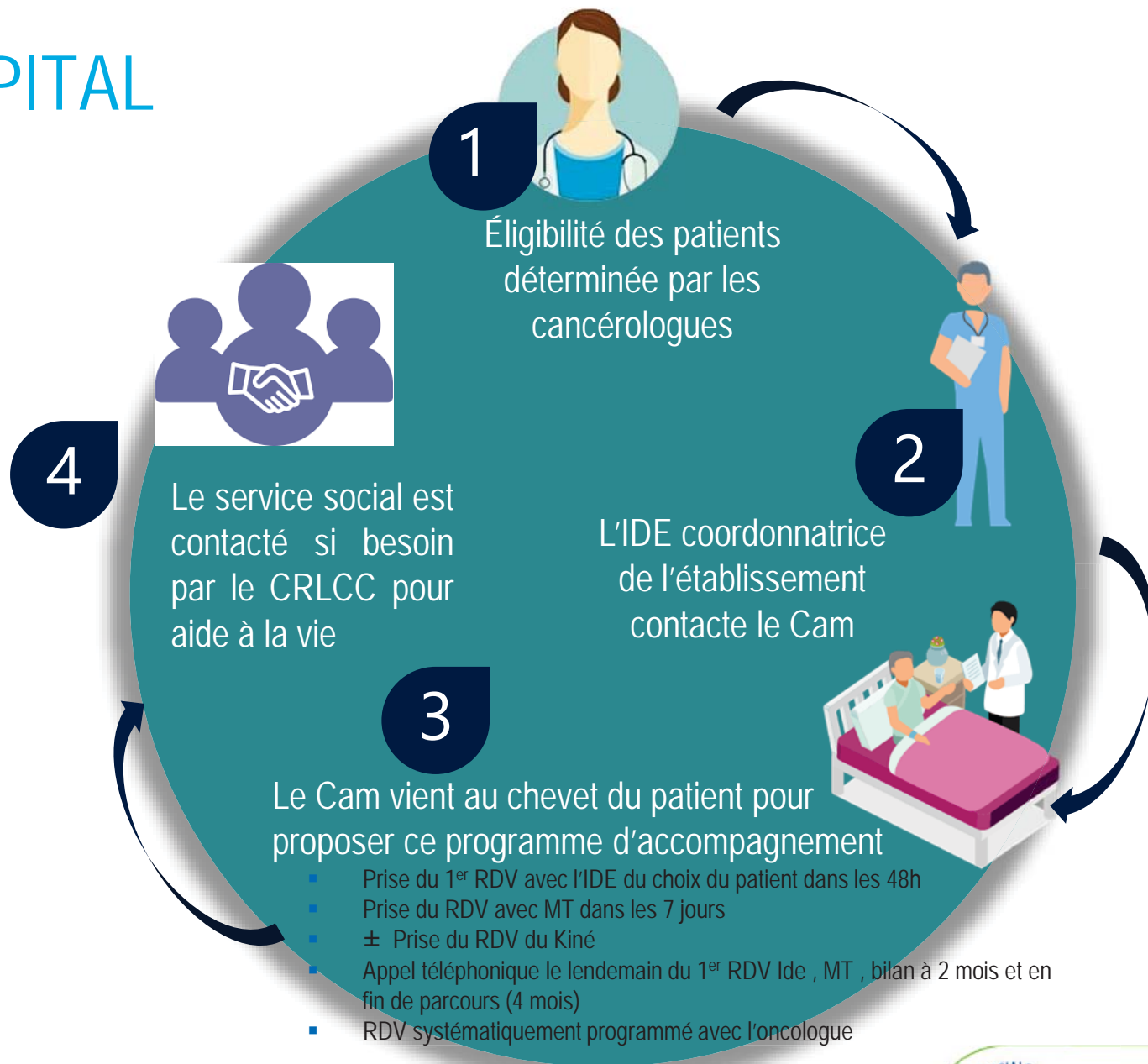


- Hospitalisés au CRLCC, pour des complications de la maladie ou des traitements

- Rentrant à domicile, sans soins complexes

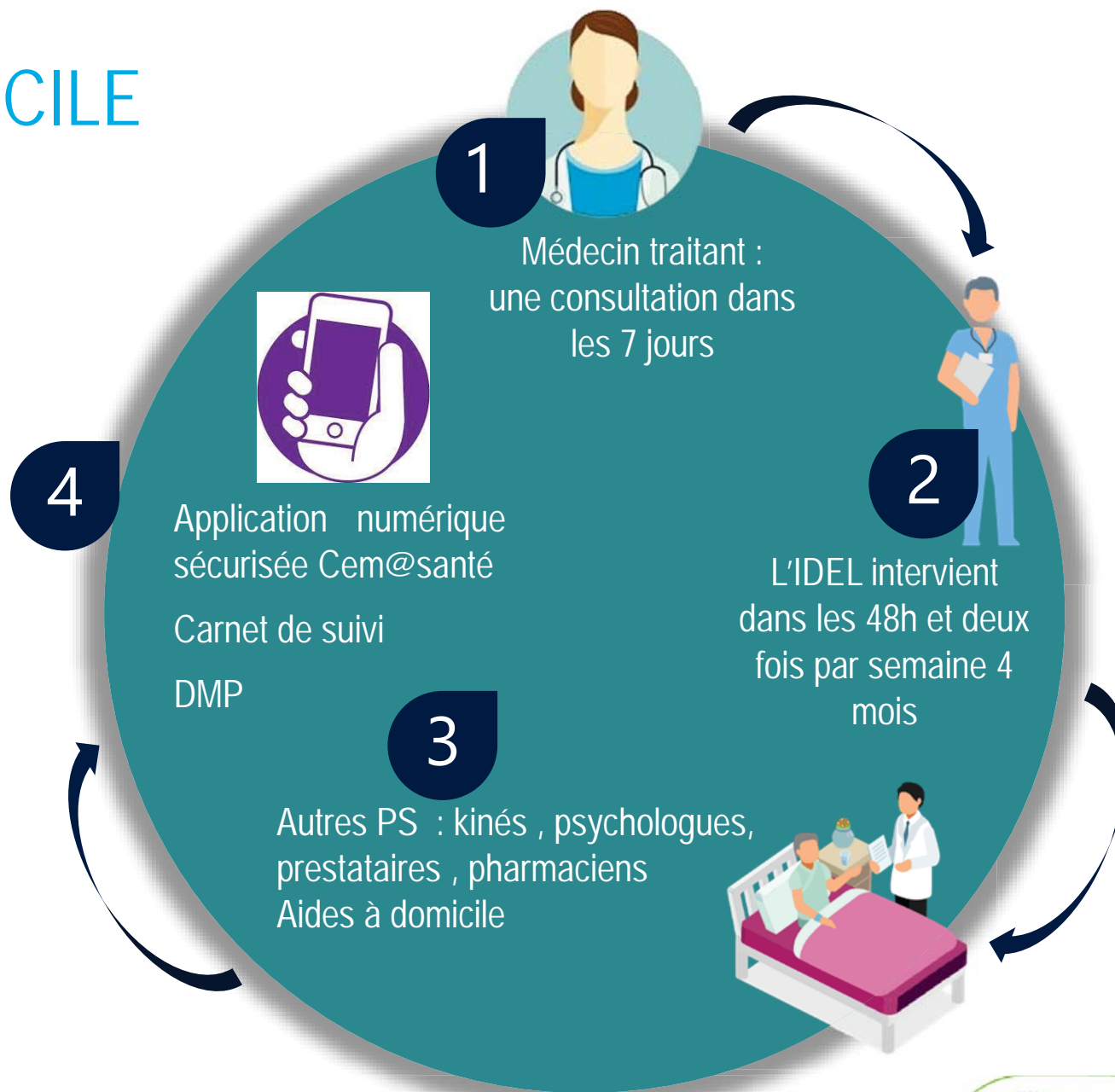


À L'HÔPITAL





À DOMICILE





Rôle du MT : ÉVALUATION

- Une visite à 7 jours systématique puis fonction de l'état clinique du patient
- Check liste adaptée à chaque patient, ajustement du traitement, contacte le CRLCC si besoin (numéro spécifique dédié)



Rôle de l'IDEL : SURVEILLANCE

- 2 visites /semaine pendant 4 mois
- Check liste adaptée à chaque patient
- Contacte le MT ou l'IDE coordonnatrice si besoin (numéro spécifique dédié au CRLCC)
- Alimente l'outil numérique en remplissant les données cliniques du patient

IDEC

Centralise les demandes des oncologues et transmet aux CAM
Analyse les questionnaires de suivis numérisés, remplis par le patient et par les PS
Réalise les actions nécessaires selon les alertes (informations du MT ...)





INNOVATION

Organisationnelle

- Circuit pluri professionnel ville-hôpital appuyé par des outils numériques
- Rôle pivot de l'IDEC
- Rôle pivot des PS de ville (MT, IDEL)
- Utilisation du DMP pour assurer la coordination et la continuité des soins
- Favoriser les soins en ambulatoire dans la prise en charge Du patient atteint de cancer

Mode de financement

- Acte de surveillance IDEL non inscrit à la NGAP
- Forfait pour valoriser le parcours de soins du patient sur la ville et l'hôpital



CONCLUSION



Objectifs :

- Améliorer la qualité de vie des patients
- Renforcer et optimiser le lien ville-hôpital
- Limiter les hospitalisations non programmées
- Limiter le passage via les urgences hospitalières
- Diminuer la DMS du fait d'un retour à domicile sécurisé
- Donner les moyens aux PS de ville d'être acteur dans la prise en charge des patients



Axes de développement futur :

- Élargir les inclusions à des patients plus complexes
- Intégrer la téléconsultation et la télé expertise

DISPOSITIFS INNOVANTS

Marielle PREVOS

**Cadre de santé – Centre de lutte contre l'épilepsie
Etablissement médical de la Teppe**

**NOUVEAU METIER DE LA
COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS:
INFIRMIERE SPECIALISÉE CLINICIENNE EN
EPILEPSIE**

**MARIELLE PREVOS-MORGANT,
14 MARS 2019, ICM
COLLOQUE EHESP-ANFH**

- Remplaçante éducatrice 1994-1997
- Formation infirmière 1998- 2001 DE psychiatrie 2001
- Infirmière 2001-2007
- Adjoint de Direction depuis 2007
- IFROSS, Université Lyon 3 de 2010-2012 en cours d'emploi Maitrise en Droit Economie et Gestion 2012
- Administratrice LFCE 2010- 2019, Vice- présidente du Paramédical : réseau IDE, JFE, référentiel ETP, publications,..
- Protocole de Coopération Epilepsie région AURA. Validation HAS- ARS
- Chargée des affaires paramédicales et de la formation IDEE 2016-2019: coordinatrice du Projet innovant « PECE » 2016-2018, formations Epilepsies ISC et ETP
- Coordinatrice de la Commission Epilepsy Nurses de la Ligue Internationale contre l'Épilepsie 2018-2021

PLAN

Introduction: Epilepsies, comorbidités, besoins

I- Evolution du rôle infirmier en France

A- Infirmier(ère) en Education thérapeutique

B- Infirmier(ère) délégué(e)

C- Infirmier(ère) de Pratiques Avancées (IPA)

II- Epilepsy Specialist Nurse (ESN): compétences, missions, bénéfices (cf NICE)

III- Nouveau métier de la coordination des parcours de soins : l'Infirmier(ère)
Specialisé(e) Clinicien(ne) en Epilepsie - Projet « PECE » (Personnalisation de la
Prise en charge des patients atteints d'Epilepsie)

IV- Bilan Projet « PECE »

A Retenir

LES EPILEPSIE(S)

- 600.000 patients en France - 60.000 en Rhône-Alpes
- 20% d'enfants – 1/3 de pharmacorésistants
- Surmortalité - Suicide x 5 (notamment chez l'adolescent)
- 500 morts subites de sujets jeunes / an
- Accidentologie (noyades, brûlures, chutes ...)
- Comorbidités multiples et troubles cognitifs +++
- Difficultés scolaires, éducationnelles, et d'insertion prof.
- Stigmatisation ubiquitaire (sociale, médicale, recherche)
- Surcoût santé publique liée à prise en charge sous-optimale

BURDEN OF EPILEPSY

Mortality

Hospitalisation

Emotional, Cognitive,
Psychiatric and
behavioural

Family, Social & Cultural

Special groups:
Transition/Women of
childbearing age/people
with an intellectual
disability

“70% of patients with epilepsy attending clinics run by ESNs had previously unidentified problems successfully resolved by the nurse including misdiagnosis, overmedication and lack of awareness and of drug adverse effects.”

MacDonald D, Torrance N, Wood S, Womersley j. General-practice- based nurse specialists—taking a lead in improving the care of people with epilepsy. Seizure 2000;9(1):31-5.

QUELS BESOINS EN EPILEPSIE?

- Patient :
 - Mauvaise adhésion à la nouvelle situation de vie, mauvaise observance du traitement,...
 - Survenue de troubles associés +/- Pathologies associées
 - Isolement social et/ou professionnel
 - **Nécessite un suivi au long cours**
- Professionnels :
 - Manque d'informations et de liens (médecins généralistes, spécialistes, urgences, médecine du travail, Infirmière scolaire, MDPH, Travail, AS,..)
 - **Nécessite une meilleure visibilité et partage des informations**
- Système de santé
 - Recours aux multiples professionnels, aux urgences...
 - Dépenses mal contrôlées,...
 - **Nécessite une organisation plus efficace: qualité des soins et du service rendu , contrôle des dépenses**

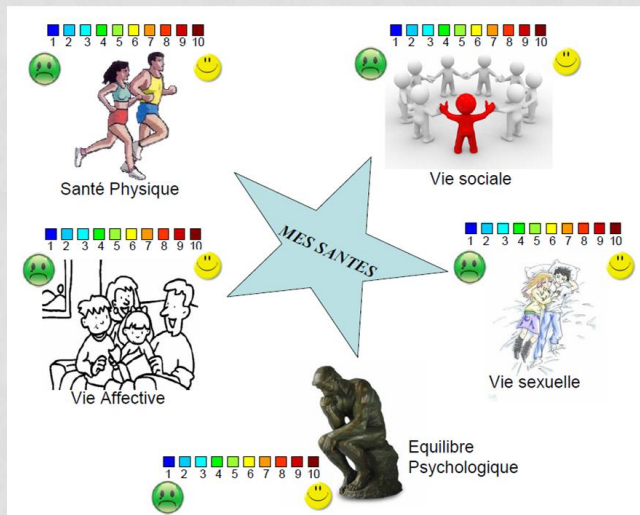
I -EVOLUTION DU RÔLE INFIRMIER EN FRANCE

- A- Infirmière d'éducation thérapeutique: formées en ETP = Nurse Educators (Bachelor)
- B- Infirmière déléguée (Protocole de coopération en Epilepsie: expérimentée en Epilepsie, formée en ETP + Raisonnement clinique) = Nurse Specialist (Bachelor)
- C- Infirmière de Pratiques Avancées : DE IPA (université sur 2 ans) = Advanced Practice Nurses



INFIRMIER D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

- Ressources - développement de compétences (3 Savoirs)
- Approche systémique et personnalisée (5 Periodes de vie)
- Collaboration patient-infirmier-médecin



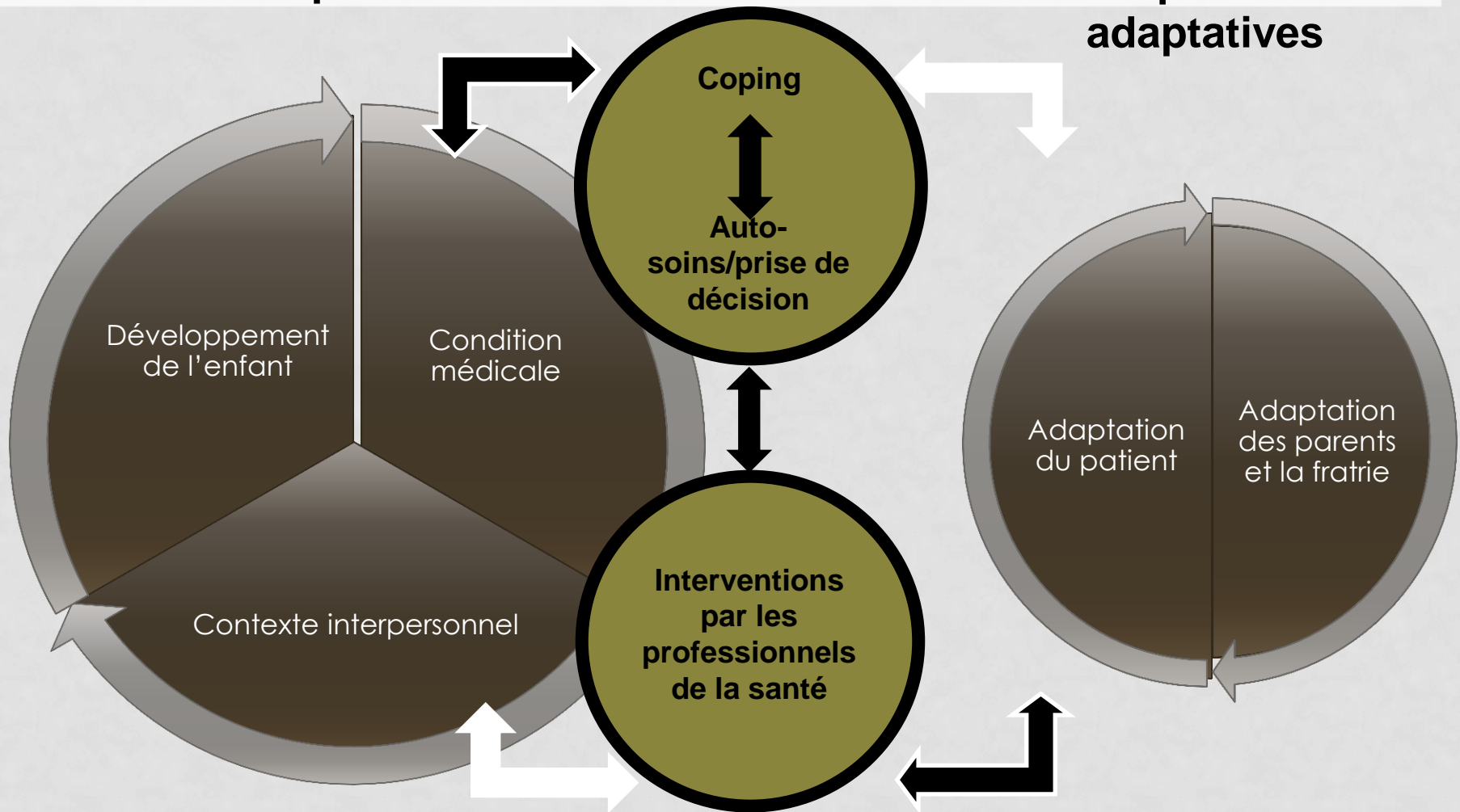
MODÈLE CONCEPTUEL ETP ENFANT,

D. CHARTRAND, MONTREAL

Caractéristiques

Processus

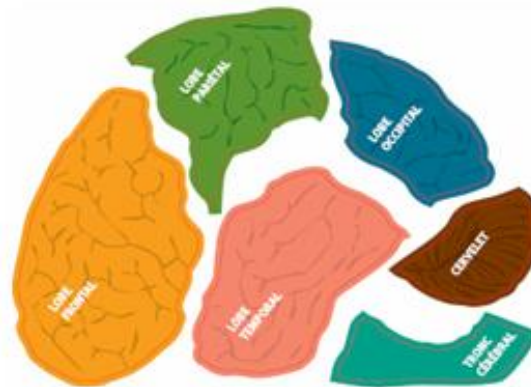
**Réponses
adaptatives**



Les outils



Livret de suivi



Puzzle



Cartes symptômes



Photolangage

Situations dilemmes



Séance 2 : La maladie

Les symptômes

**JE SENS VENIR
LA CRISE**

Les symptômes

**JE ME BLESSE
EN CHUTANT**

Les symptômes

**JE RESTE PARALYSÉ
D'UN CÔTÉ**

Les symptômes

**JE PERD MES
URINES**

Référentiel national : 3 savoirs

Compétences pour les parents d'enfants épileptiques	Savoir (Les connaissances) <i>Aspects médicaux de l'épilepsie</i>
Compétences pour les enfants de 6 à 12 ans	
Compétences pour les adolescents de 12 à 17 ans	
Compétences pour les adultes épileptiques	
Compétences pour les patients avec handicap (institutionnalisés ou non)	Savoir-faire Savoir être

Référentiel national : 5 tableaux de compétences par périodes de vie

Compétences pour les <i>parents</i> d'enfants épileptiques	<p>Savoir (Les connaissances) <i>Aspects médicaux de l'épilepsie</i></p> <p>Savoir- faire</p> <p>Savoir être</p>
Compétences pour les <i>enfants de 6 à 12 ans</i>	
Compétences pour les <i>adolescents de 12 à 17 ans</i>	
Compétences pour les <i>adultes</i> épileptiques	
Compétences pour les <i>patients avec handicaps</i> (institutionnalisés ou non)	

B- INFIRMIER(E) DELEGUE(E)

Loi HPST 2009 article 51

Protocole de coopération

Epilepsie 2016



ARRETÉ n° 2016-1326

Autorisant l'application en région Auvergne-Rhône-Alpes du protocole de coopération : "Prise en charge et suivi des patients connus atteints d'épilepsie(s) en structures spécialisées et/ou par télé médecine, avec adaptation thérapeutique et soins par l'infirmier en lieu et place du médecin"

LA DIRECTRICE GENERALE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE AUVERGNE RHONE-ALPES

Vu le code de santé publique, notamment les articles L.4011-1 et suivants et D4011-1 et suivants ;

Vu le décret n° 2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Véronique WALLON en qualité de directrice générale de l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes ;

Vu l'arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin ;

Vu l'arrêté du 23 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé et notamment l'article 2, III ;

Vu l'avis n° 2016.017/AC/SA3P du 27 janvier 2016 de la Haute Autorité de Santé ;

Considérant que le protocole prévoit d'ajouter un suivi par un(e)infirmier(e) délégué(e), entre deux consultations médicales périodiques ;

Considérant que le protocole vise à déléguer à un(e) infirmier(e) :

- L'interprétation d'éléments cliniques et des résultats d'examen,
- L'adaptation des prescriptions médicales initiales,
- Le réglage du simulateur du nerf vague.

Considérant que ce protocole vise à réduire le temps d'attente pour une consultation spécialisée ;

Considérant que la description du protocole de coopération est de nature à garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients en prévoyant l'intervention d'une infirmière spécialisée ;

Considérant la demande déposée auprès de la directrice générale de l'agence régionale de santé Auvergne Rhône-Alpes par des professionnels de santé souhaitant adhérer au protocole de coopération entre professionnels de santé susvisé ;

PROTOCOLE DE COOPERATION Formulaire d'Information et de Consentement

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom du patient :
Coordonnées :
Téléphone des proches (en cas d'urgence) :

IDENTIFICATION DU DELEGANT

Nom :
Coordonnées :
Téléphone :

IDENTIFICATION DU DELEGUE

Nom :
Coordonnées :
Téléphone :

BUT GENERAL DU PROTOCOLE DE COOPERATION

Vous êtes invité(e) à participer à un protocole de coopération dont l'objet est de vous proposer un suivi par une infirmière à qui le médecin neurologue déléguera certains actes des dérogatoires : la réadaptation thérapeutique (ajustement de la prescription) et le réglage VNS.

OBJECTIFS

Les objectifs de cette coopération sont de renforcer le suivi des patients concernés, entre deux consultations spécialisées par télé-médecine et/ou en présentiel (consultation infirmière) pour améliorer le parcours de soins.

CONFIDENTIALITE

Il est entendu que les renseignements recueillis sont confidentiels et que seuls les professionnels de santé qui vous prennent en charge y auront accès (sauf avis contraire de votre part).
Il est entendu que les données vous concernant sont collectées et informatisées et traitées dans le respect strict des dispositions de la loi 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques. Vous pouvez si vous le souhaitez exercer votre droit d'opposition à l'enregistrement de ces données.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET INTERRUPTION DU PROGRAMME

Votre participation est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer à ce protocole de coopération sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation à tout moment au cours de ce programme.
Les professionnels, suite à une réunion de suivi, peuvent décider la fin du protocole de coopération et le patient sera informé oralement par le délégué et par écrit par le délégant.

DES QUESTIONS SUR LE PROTOCOLE DE COOPERATION

Vous pouvez contacter le médecin délégant ou l'infirmière déléguée pour des questions additionnelles sur celui-ci. L'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes a approuvé le protocole de coopération auquel vous allez participer.

SIGNATURES

Je, reconnais avoir lu le présent formulaire et consente à participer à ce protocole de coopération.
Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je peux y mettre fin à tout moment. Il me suffit d'en informer le délégué et le délégant du protocole de coopération.

Signature du patient ou tuteur :
Signature du délégant :
Signature du délégué :

Date :

FORMATION SPECIFIQUE, VALIDÉE HAS

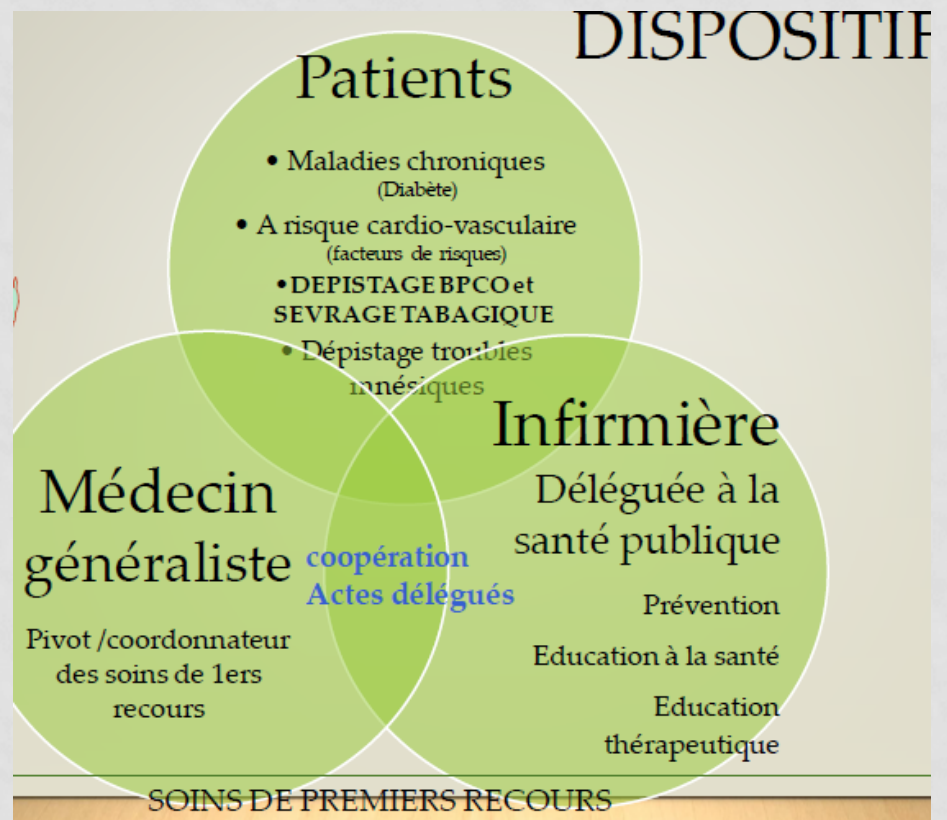
- Au moins 2 ans en unité Epilepsies
- Epilepsies
- ETP 40H
- Raisonnement clinique 88H intégrant:
 - Fiches techniques
 - Ateliers de simulation
- Formation complémentaire Ecoute

**cursum validé
HAS**

- Possibilité d'évolution: IPA, formation universitaire 2 ans
- **Au 08/02/2019: 53 ISC dont 24 hors region AURA** : Franche -Comté, Marseille, Lille, Paris, Toulouse, Strasbourg, Normandie, Bretagne,...

MODÈLE CONCEPTUEL DELEGATION

- Autorisation ARS
- Accord Tripartite



C- INFIRMIÈRE DE PRATIQUES AVANCÉES

Conseil International Infirmier (CIS), 2008

Selon le Conseil International des Infirmières (4 janvier 2008) c'est

Un infirmier diplômé d'état

qui a acquis les connaissances et les savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer.

Cette pratique avancée consiste :

- analyser et combiner des connaissances,
- à comprendre, interpréter et appliquer la théorie des soins infirmiers et des résultats de la recherche infirmière,
- ainsi qu'à façonner et faire progresser le savoir infirmier et la profession infirmière dans son ensemble

Définition de la Pratique Infirmière Avancée

selon **Odette Doyon** Ph.D. Professeur Université Québec. Prof invité Unil
(Canada, Lausanne)

Décrit un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation

- de connaissances acquises aux études supérieures,
- d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations.

Modèle HAMRIC (2009)



IPA FRANCE 18 JUILLET 2018 :

1 DECRET, 3 ARRETES

19 juillet 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 18 sur 113

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018
relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

NOR : SSAH1812409D

Publics concernés : infirmiers, médecins.

Objet : exercice infirmier en pratique avancée.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret définit les domaines d'intervention et les activités de l'infirmier exerçant en pratique avancée. Il précise les conditions de prise en charge et d'information du patient, ainsi que les modalités de coopération entre l'infirmier exerçant en pratique avancée et le médecin. Il précise également la contribution de l'infirmier exerçant en pratique avancée au sein de l'équipe.

Références : les dispositions du code de la santé publique modifiées par le décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de ces modifications, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles D. 636-73 à D. 636-81 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-8, L. 4301-1 et L. 6316-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-5-3 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 16 mai 2018 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 1^{er} juin 2018 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Au début du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, partie réglementaire, il est inséré un titre préliminaire et un chapitre 1^{er} ainsi rédigés :

19 juillet 2018

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 21 sur 113

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées
prévues à l'article R. 4301-2 du code de santé publique

NOR : SSAH1817587A

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4301-1 et R. 4301-2 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 16 mai 2018,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les pathologies chroniques stabilisées mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4301-2 sont :

- accident vasculaire cérébral ;
- artériopathies chroniques ;
- cardiopathie, maladie coronaire ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- insuffisance respiratoire chronique ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences ;
- maladie de Parkinson ;
- épilepsie.

Art. 2. – La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 18 juillet 2018.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
C. COURRÈGES

IPA, FORMATION UNIVERSITAIRE- DE

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études
en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

NOR : *ESRS1817656A*

La ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation,

Vu le code de l'éducation ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 22 janvier 2014 fixant les modalités d'accréditation d'établissements d'er

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche du 15 ma

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 16 mai 2018,

Arrêtent :

CHAPITRE I^{er}

ACCÈS À LA FORMATION

Art. 1^{er}. – Conformément aux articles D. 636-73 et 636-75 du code de l'éducation d'infirmier en pratique avancée est délivré par les établissements d'enseignement supér

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études
en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée

NOR : *ESRS1817656A*

La ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation,

Vu le code de l'éducation ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 22 janvier 2014 fixant les modalités d'accréditation d'établissements d'enseignement supérieur ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche du 15 mai 2018 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 16 mai 2018,

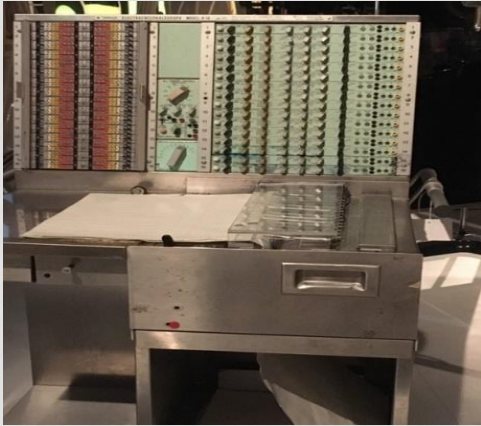
Arrêtent :

CHAPITRE I^{er}

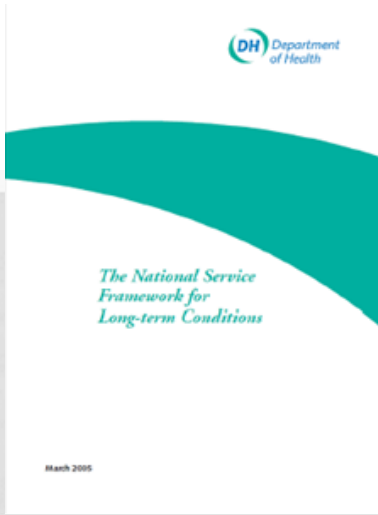
ACCÈS À LA FORMATION

Art. 1^{er}. – Conformément aux articles D. 636-73 et 636-75 du code de l'éducation, le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée est délivré par les établissements d'enseignement supérieur accrédités ou co-

II – MODELE ANGLO-SAXON:ESN



RÉFÉRENCES

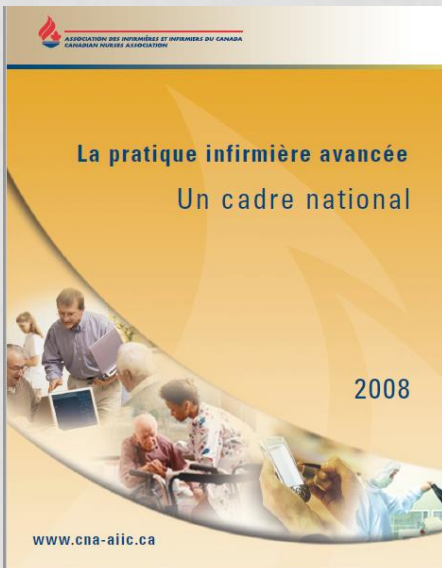
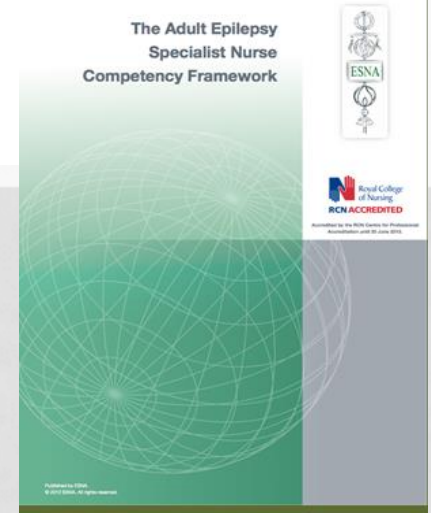


NICE National Institute for Health and Care Excellence

The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care

Issued: January 2012 (last modified) December 2013

NICE clinical guideline 137
guidance.nice.org.uk/g137



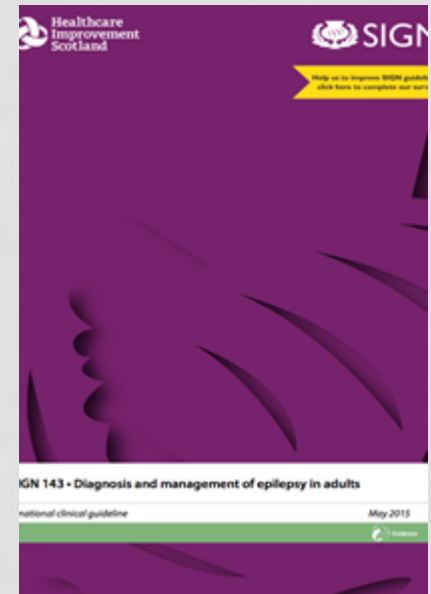
Intégration
des infirmiers
de pratique avancée
dans les équipes
de soins

Amélioration des pratiques
professionnelles paramédicales

ars

2015

GUIDE



NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE)

- First ESN : 1988, based in community
- Hospitalier et / ou communautaire, services pour adultes ou enfants
- *Provide **TIMELY** information support and advice. It should take place at the point of diagnosis and throughout **the TRAJECTORY** of the person's epilepsy.*
- *Epilepsy Specialist Nurses should be an **integral part of the network of care of individuals with epilepsy**. The key roles are to ensure access to community and multi-agency services and to provide information, training and support to the individual (2004)*
- **L'ESN doit faire partie intégrante du réseau de soins des personnes atteintes d'épilepsie** (NICE 2004 et SIGN 2015) <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN143.pdf>
- Elle facilite le diagnostic des premières crises **par recueil complet et rapides des informations**
- **Plusieurs niveaux de compétences**

Adult ESN Level	Expected Requirements
NOVICE SPECIALIST NURSE	<p>Novice/advanced beginner stage in specialty: up to 2 years from taking up post</p> <p>Working at degree level /Authors suggest AFC level 6</p>
COMPETENT SPECIALIST NURSE	<p>Competent in specialty: 9 months to 2 years onwards from taking up post</p> <p>Working at masters-degree level /Authors suggest AFC level 7</p>
EXPERT SPECIALIST NURSE	<p>Expert in specialty: greatly depends on the experience of the individual, the environment in which they are working and issues such as the disease trajectory with regard to their patient population, however after 5 years this would seem appropriate</p> <p>Hold, or working towards, a master's degree Authors suggest AFC level 7 or above</p>

MISSIONS DES ESN

- Évaluation de l'efficacité du traitement (fréquence, intensité, types de crises)
- Gestion des médicaments antiépileptiques (vie quotidienne)
- Évaluation de l'adhésion au traitement (compliance)
- Gestion de l'urgence
- Aspects sociaux et environnementaux (difficultés sociales, prof. scolaire)
- Répondre aux besoins d'informations.

CANADA

Vers quelle(s) ressource(s) vous dirigez-vous en cas d'instabilité de l'épilepsie ou autre problème associé (identifier d'un chiffre de 1 à 7 l'ordre de priorité, 1 étant le plus prioritaire) ?

	1	2	3	4	5	6	7
Urgence	43 %	29 %	18 %	7 %	4 %	0 %	0 %
Clinique de neurologie	32 %	43 %	11 %	11 %	0 %	0 %	4 %
École	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	22 %	78 %
CLSC	0 %	0 %	9 %	17 %	52 %	17 %	4 %
Cabinet de médecin	11 %	19 %	41 %	26 %	4 %	0 %	0 %
Demeurer à la maison	4 %	0 %	0 %	4 %	13 %	57 %	22 %
Info-Santé	17 %	8 %	21 %	25 %	25 %	0 %	4 %



Efficacy of the epilepsy nurse: Results of a randomized controlled study

*Margarete Pfäfflin, †Bettina Schmitz, and *Theodor W. May

Epilepsia, 57(7):1190–1198, 2016

doi: 10.1111/epi.13424

SUMMARY

Objective: We investigated the efficacy of epilepsy nurses on satisfaction with counseling about epilepsy in a randomized, controlled, prospective trial.

Methods: Patients with epilepsy treated by neurologists in outpatient clinics were consecutively enrolled and randomly allocated to either the epilepsy nurse (EN) group ($n = 92$) or the control group ($n = 95$). Patients in the EN group were advised according to their needs by epilepsy nurses. The control group received routine care without additional counseling. The EN group completed the questionnaires before the first consultation (T1) and 6 months later (T2); the control group completed the questionnaires twice with an interval of 6 months. Primary outcome measure was satisfaction of patients with information and support. Secondary outcome measures were satisfaction with patient–doctor relationship, organization of treatment, epilepsy knowledge, coping, and restrictions in daily life. Anxiety and depression (Hospital Anxiety and Depression Scale) and global Quality of Life (item from QOLIE-31) were also assessed. Statistical analysis included generalized estimating equation (GEE) and nonparametric tests.

Results: Satisfaction with information and support improved significantly in the EN group compared to the control group (GEE, interaction group \times time, $p = 0.001$). In addition, Epilepsy Knowledge ($p = 0.014$) and Coping (subscales Information Seeking) ($p = 0.023$) improved. Increase in satisfaction with counseling was dependent on patients' needs for information and on the amount of received information (Jonckheere-Trend test, $p < 0.001$). No differences between the groups were observed on other epilepsy-specific scales.

Significance: A reliable questionnaire for satisfaction with epilepsy care has been developed. Epilepsy nurses improve the satisfaction of patients with counseling and information about epilepsy and concomitant problems.

KEY WORDS: Epilepsy, Nurse, Counseling, Knowledge, Coping, Satisfaction.



Margarete Pfäfflin is a psychologist and senior consultant in the Epilepsy Center Bethel.

Epilepsy nurses are increasingly involved in the treatment and care of people with epilepsy.^{1–10} The treatment gap and shortage of doctors are pivotal,^{11,12} but also the improvement of care and satisfaction with services are often reasons for engaging epilepsy specialist nurses. Yet, their roles are quite

diverse and have changed within the last years from that of doctor's helpers to more qualified and responsible ones. These nursing roles range from coordinating patient care, managing links between various levels of care, providing advice and support to patients, and organizing patient education groups to teaching of colleagues.^{8–10,13–15} In the United Kingdom, epilepsy specialist nurses are working as independent or supplementary prescribers of antiepileptic drugs (AEDs) and other medication.^{10,16,17} An example for an epilepsy care package of epilepsy nurses in the United Kingdom including provision of advice, information and counseling by nurses, is given by Kwan et al.¹⁸ Nevertheless, the evidence of the nurses' efficacy is yet small. The Cochrane reviews

Accepted April 28, 2016; Early View publication June 6, 2016.

*Society for Epilepsy Research, Epilepsy Center Bethel, Bielefeld, Germany; and †Clinic of Neurology, Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin, Germany

Address correspondence to Margarete Pfäfflin, Gesellschaft für Epileptieforschung, Marweg 21, D-33617 Bielefeld, Germany. E-mail: margarete.pfaefflin@mar.de and mpfaefflin@gmx.de

Wiley Periodicals, Inc.

© 2016 International League Against Epilepsy

BÉNÉFICES DES ESN POUR LE PATIENT, LES PROFESSIONNELS ET LE SYSTÈME DE SANTÉ

- Accès simplifié à une expertise (ex: numero vert)
- Couvre facilement une zone géographique large et à moindre coût (tel/emails)
- Diminution du temps d'attente pour une réponse experte (ex: numero vert)
- Amélioration de la gestion des crises ISC
- Amélioration de la gestion des effets secondaires ISC
- Prise en charge globale (Patient et son environnement) ISC
- ETP ISC
- Satisfaction des patients (contact tel. Expert) ISC
- **Conclusion Etude (Flynn et al 2004) : mise en évidence que si l'aide en ligne n'existait pas, les patients contacteraient leur hôpital ou médecin neurologue ou généraliste au sujet des AE**

**NOUVEAU METIER DE LA COORDINATION
DES PARCOURS DE SOINS: L'INFIRMIERE
SPECIALISÉE CLINICIENNE**

PARCOURS DU PATIENT

- Plusieurs roles infirmiers:

Infirmière de coordination à l'hôpital (admission-sortie/ inter services)

Infirmière Clinicienne, d'EEG, d'ETP

IBODE, IADE, IPA

Infirmière libérale

Infirmière case-manager (psy-coordination)

Objectif: éviter les ruptures de parcours /Prevenir, soigner, accompagner

- TROIS PARCOURS

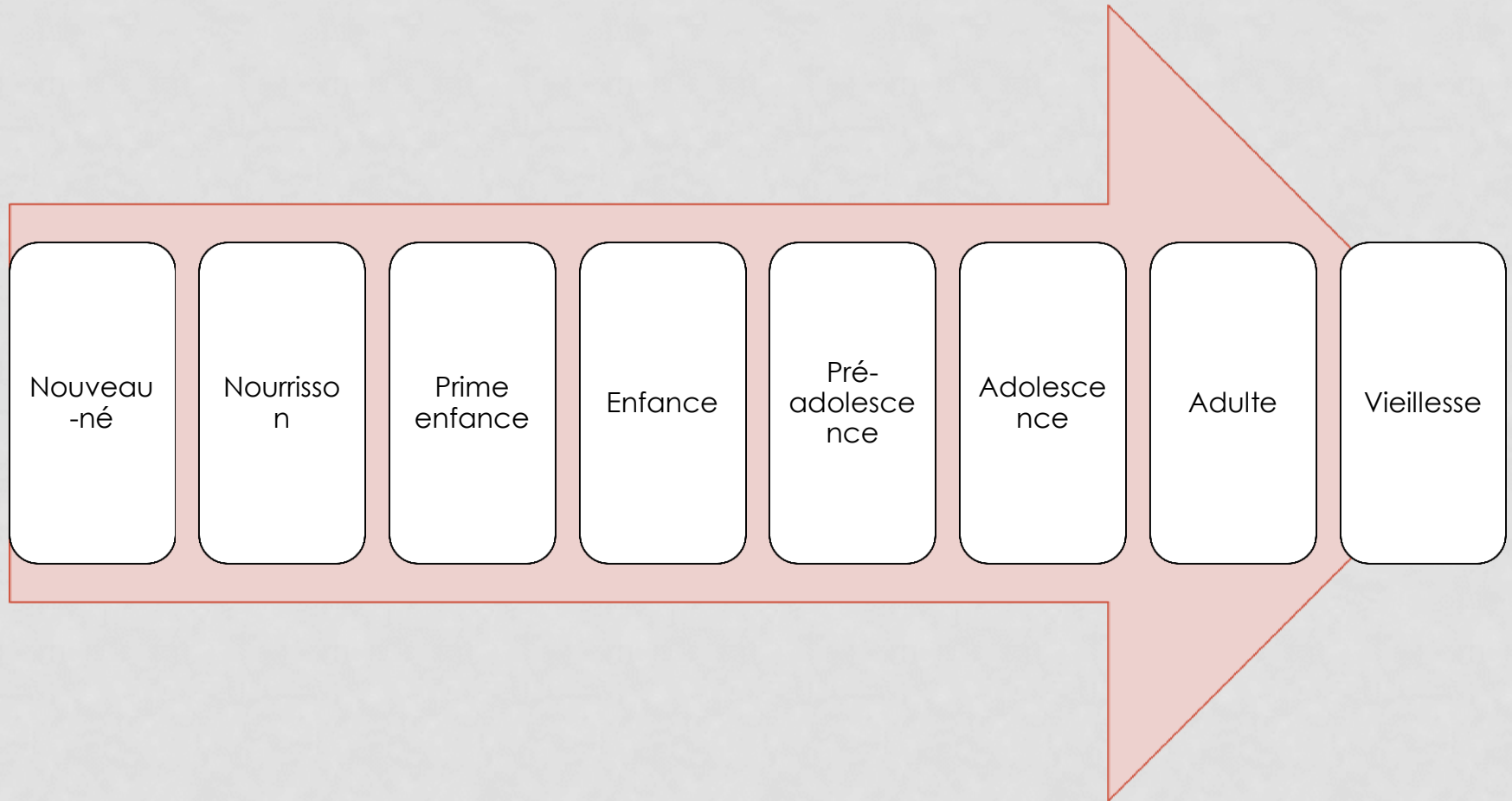
Hôpital- médecine de ville = parcours de soins

+ prévention= parcours de santé

+ emploi, social = parcours de vie



CONTEXTE DU PATIENT : CONTINUUM



CONTEXTE DU PROJET PECE...

2 lois	2 initiatives regionales
<p>« Hôpital Patient Santé territoire » 2009, article 51:</p> <p><u>Protocoles de coopération</u></p>	<p>Protocole de coopération visant la délégation d'actes aux infirmières (réadaptation thérapeutique et réglage du stimulateur du nerf vague)</p> <p>Validation HAS en mars 2016 -Autorisé par l'ARS AURA en juillet 2016</p>
<p>Loi du 26 janvier 2016 article 119:</p> <p><u>Pratiques Avancées</u></p>	<p>Projet PECE à IDEE : « Personnalisation de la prise En Charge des patients atteints d'Epilepsies » (PECE)</p> <p>Autorisé par l'ARS juillet 2016 (Innovation)</p>

- **Besoins du patient et de son entourage** : Programmes ETP -LFCE 2012, Référentiel ETP-LFCE 2014
- **Besoins des professionnels (paramédicaux) non spécialisés** : Formation Infirmières scolaires, structures médico-sociales,
- **Besoins de compétences expertes pour les professionnels spécialisés**: Formation et sessions d'échanges ETP Epilepsies 2016, Raisonnement Clinique Epilepsies 2014
- **Offre de soins inégalement répartie et insuffisante**. Non structurée. En région AURA: réseau Collectif 2012)
- **Constats des manques** : manque de médecins spécialistes, d'unités d'Epilepsies, de moyens et temps pour respecter le délai de consultation spécialisée ou d'examen EEG video utile, manque de suivi et d'accompagnement personnalisé.

PROJET PECE : ORGANISATION

- **Projet Innovant, financement ARS AURA sur 2 ans (2016-2018),**
 - Coordonné par l'Institut des Epilepsies IDEE à Lyon (M. Prevos-Morgan)
- Objectifs principaux : améliorer la qualité de vie du patient par : **un accompagnement personnalisé expert à chaque étape de sa vie et une coordination du parcours de soins.**
- Comité de pilotage PECE: La Teppe, HCL, IDEE, ARS AURA
- Moyens
 - 4 infirmiers à mi-temps, « gestionnaire de cas ». Mixité des compétences : 2 IDE d'EEG CHU + 2 IDE du médico-social (unités trouble du comportement associés+ unité handicaps associés)
 - 1 cadre de santé à mi-temps
 - 1 assistante sociale à mi-temps
 - 1 secrétaire à mi-temps
 - Supervision médicale epileptologues (réunions hebdomadaires pluridisciplinaires)
- Numéro Vert **0 800 400 140** du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30
- Montée en charge entre le 01/01/2017 et le 27/03/2017
- Indicateurs de suivi

INFIRMIERE SPECIALISÉE CLINICIENNE

- Action transversale: Hopital –ville- social
- Approche preventive : prevention primaire, secondaire
- Approche clinique : maladie, traitement, examens
- Approche psycho-sociale
- Collaboration des differents acteurs: même approche systémique et holistique des situations entre tous les acteurs
- Coordination des interventions : ESN= rôle Pivot

*Case managers are recognized **experts and vital participants** in the care coordination team who **empower people to understand and access quality, efficient health care,***
Standards of Practices for Case Mangement CMSA, revised 2010

INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES CLINICIENNES ET CASE-MANAGER



Suivi expert et coordonné, au long cours, dès l'annonce du diagnostic, en binôme avec le médecin neurologue

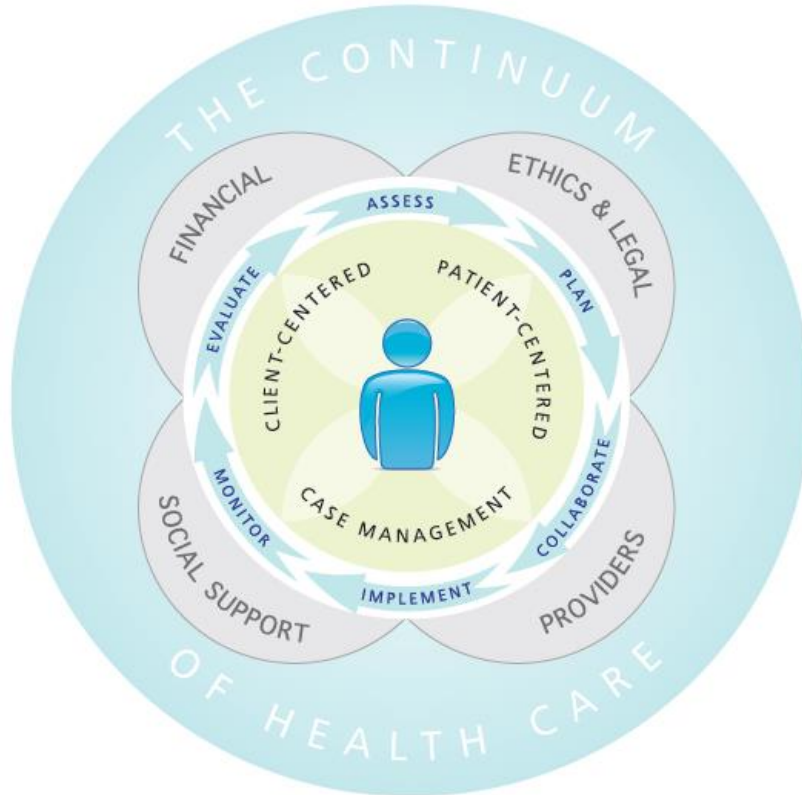
- **Au sein d'unités spécialisées ou en ambulatoire, à mi-temps de pat et d'autre**
- **En réseau** avec l'ensemble des secteurs (scolaire, professionnel, social, medicosocial, sanitaire).
- **En complémentarité du médecin neurologue, à sa demande et/ou à celle du patient et/ou des aidants.**

Tout au long de la vie du patient

Missions: Orientation, prévention, dépistage/évaluation clinique-paraclinique/prescription = protocole

- Apporte écoute, informations et **expertise** .
- Programmes **d'Education thérapeutique** (maladie-traitements-gestion de la vie quotidienne, des urgences , mort subite, compétences en auto-soins), aide le patient et les aidants à **s'adapter** au nouveau contexte de vie (Epilepsie de Novo, survenue de comorbidités tel l'autisme,..)
- Met en œuvre et suit les prescriptions médicales en intervenant dans la **gestion des traitements**
- **Coordonne le parcours** de soins du patient
- **Forme** les professionnels paramédicaux non spécialisés

EPILEPSIE, UN SYSTÈME DE SOINS : CONTINUUM



Standards of Practices for Case Management CMSA, revised 2010

MODALITÉS DE SUIVI ET OUTLS

- Rappels agendas des patients (cahier de relèves et agendas)
 - Echanges tel ou mails avec les médecins neurologues ou autres professionnels avec accord du patient
 - Travail en réseau (association, CMP, FAM, Centre de ressources...)
 - Réunions pluridisciplinaires hebdomadaires permettent d'améliorer le suivi et le lien des dossiers
 - Outils d'évaluation et de quantification du travail effectué : tableur et suivi des appels (motifs contacts)
- **Actions** evoluent en fonction des demandes des patients **tout au long du suivi**
- Les **thématiques et problématiques se révèlent nombreuses**, s'ajoutent, SE MODIFIENT au fil de la prise en charge au long cours
- Lieu dédié, Telephone+ repondeur , Ordinateur

SITUATION C. 12 ANS

- 1ere crise, en vacances, lieu public, en août .
- Déviation de la tête et sensation de déformation de la bouche, mâchonnement, temps de récupération long : environ 3min.
- La famille a eu très peur.
- Aux urgences, EEG impossible. Retour dans leur région et consultation neuro-pédiatre de ville : EEG standard, stimulation lumineuse intermittente
- TT prescrit : Valproate de sodium
- Le traitement n'a pas été administré par la maman tout de suite . Elle s'est orientée vers les traitements alternatifs : homéopathie, phytothérapie, osteopathie

SITUATION (SUITE)

- Contexte familial : le papa a quitté le foyer 15 jours après la 1ere crise . La mère a surinvestie la maladie de son fils.
- Suite à la survenue de plusieurs crises, la maman contacte IDEE en octobre et demande un second avis
- Contact avec le médecin ayant instauré le traitement
- Orientation vers l'HFME pour second avis à la demande de la maman
- **DOUBLE ACCOMPAGNEMENT**

Problématiques	Problématiques	Diagnostic infirmier	Plan d'action	Evaluation	A ce jour 10/10/2017	Nouveaux éléments
----------------	----------------	----------------------	---------------	------------	----------------------	-------------------

Problématique 1 : Epilepsie de Novo

Enfant	Vécu de la crise difficile : sensation de déformation faciale qui serait visible de tous	Manque de connaissances des crises (survenue, déroulement) Perturbation de l'image corporelle et sociale	Contact <u>neuropédiatre</u> pour information du suivi + recueil CR Relecture avec l'enfant et la maman Temps d'écoute : expression du vécu de la crise	Dit être moins inquiet	Rentrée scolaire « bien passée » Activité foot dans nouveau club + Kayak et planche à voile Libre de crises depuis aout	Amélioration sommatique
Enfant et maman	Inquiétude majeure face à la maladie	Besoin d'écoute et de réassurance Incapacité de s'adapter à un changement dans l'état de santé	Education sur la maladie et la crise inaugurale Informations sur l'examen EEG vidéo	Se disent rassurés		
Maman	Demande de second avis N'administre pas le Traitement AE	Perte de confiance dans le système de santé Défaillance dans le rôle d'aidant naturel	Accompagnement dans la réflexion et orientation réseau médical expert Accompagnement dans la prise de conscience de l'importance du traitement	Consultation 2 nd avis Examen EEG <u>video</u> réalisé Administre le traitement AE et suit l'intensité et la fréquence des crises	Nouvelles <u>serie</u> de crises en mai avec blessures (dents). Nouveau médecin (neurologue). Reprise de confiance de la maman	

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (2)

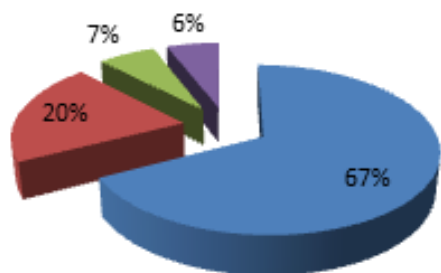
Thématique 2 : Familiale et psychologique

Enfant	Nouvelle situation de vie : maladie, séparation des parents	Conflit psychique, souffrance morale (culpabilité) Perte des projets de vie Risque d'isolement social	Temps d'écoute (vécu de la séparation) Temps et espace de « réappropriation » de son histoire personnelle Aide au maintien des relations sociales et à l'adaptation aux activités sportives	Rassuré Fait des projets avec ses amis	A repris sa vie sociale d' « avant »	
Maman	Nouvelle situation de vie : maladie, séparation Culpabilité	Incapacité à accepter le changement Perte des projets de vie Risque d'isolement social	Temps d'écoute, de prise de distance sur son propre vécu face à la maladie et face à la séparation.	Se dit soulagée d'avoir pu s'exprimer auprès de personnes expertes	Plus sereine. A bien intégré la maladie de son fils dans sa vie (suivi des crises), sait trouver les ressources.	Distancie les sollicitations au infirmières

AU 31 AOUT 2018

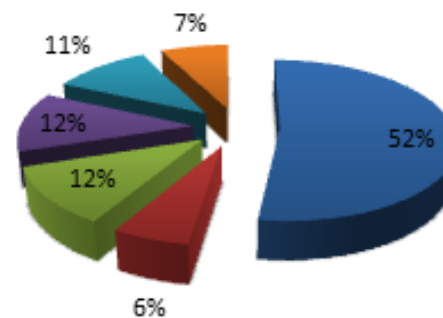
Motifs d'appels des patients

- maladie/traitement
- insertion : sociale, professionnelle, scolaire
- plusieurs motifs
- autre



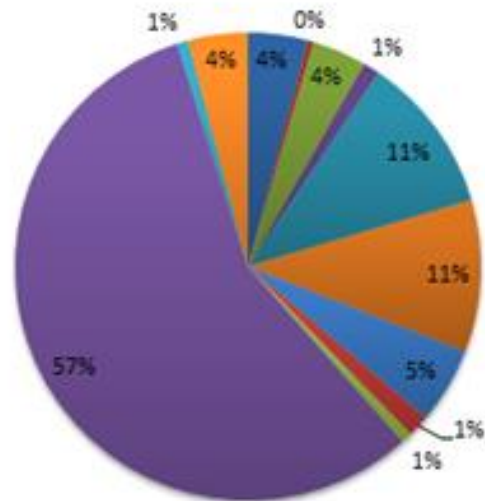
Types de suivis mis en place

- entretiens infirmiers
- ETP
- information
- suivi social
- plusieurs suivis
- autre (groupe de partage...)



AU 31 AOUT 2018



Répartition des patients en région ARA



EVOLUTION DU PROJET PECE

- à IDEE : du 1^{er} septembre 2016 au 31 aout 2018
 - Montée en charge du 1/09/2016 au 27 mars 2017
 - Debut du comptage indicateurs le 27 mars 2017
- Prolongation de l'activité du 1^{er} septembre au 31 decembre (Accord ARS)
- Au 16 decembre 2018:
 - 423 patients
 - 972 consultations tel ou presentielles
 - 714 appels numero vert (comptage mars 2017 à decembre 2018= 21 mois)

INDICATEURS

<i>Intitulé des indicateurs</i>	<i>Au 31/03/2018</i>	<i>Au 31/08/2018</i>	<i>Au 16/12/2018</i>	<i>Référence Convention Indicateurs</i>	
Nombre de personnes SUIVIES	298	374	423	Patients région	
Profil patient ciblé	100%	100%	100%	100%	
Taux de personnes dont âge < 18 ans	26,41%	23%	21%		
Taux de personnes dont âge > 18 ans	73,59%	77%	79%		
Taux de personnes originaires de la région Auvergne-Rhône-Alpes (60000 patients)	80%	71%	73%	100%	
Taux de personnes originaires d'autres régions	20%	29%	27%	0	-
Taux de 1 ^{er} contacts par « appel téléphonique » à l'initiative du patient	66,4%	66%	68%		

<i>Intitulé des indicateurs</i>	<i>Au 31/03/2018</i>	<i>Au 31/08/2018</i>	<i>Au 16/12/2018</i>	<i>Référence Convention Indicateurs</i>	
Taux de 1 ^{ers} contacts par « mail » à l'initiative du patient	21,5%	22%	20%		
Nombre de patients adressés par un médecin	26,8%	30%	31%		
Nombre de consultations infirmières téléphoniques et présentielles de suivi	612	911	972 (+61)		
Nombre d'appels sur le numéro vert (début du comptage le 27/03/2017)	245	542	714 (+ 172)	50/mois	😊
Taux de sollicitations Assistante sociale	21,5%	18%	10%		
Taux de recours aux Neurologues du Réseau par l'infirmière	17,1%	18%	19%		
Taux de recours aux Urgences pour problème d'épilepsie par le patient entre 2 consultations infirmières d'après les dires du patient	0,3%	0%	Non Evaluable	0	😞
Taux de recours à un médecin pour problème d'épilepsie par le patient depuis la dernière consultation infirmière d'après les dires du patient	2%	2%	1,4%	0	😞
Taux de demandes traitées	100%	100%	100%	100%	😊

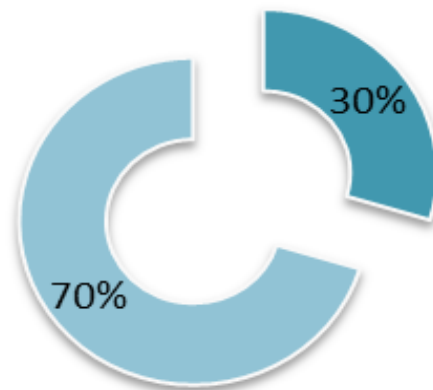
Temps cadre utilisé	0,5 ETP / mois	0,5 ETP par mois	0,5 ETP par mois	0,5 ETP par mois	😊
Temps infirmier utilisé	2 ETP	2 ETP	2 ETP	2 ETP	😊
Temps secrétaire utilisé	0,5 ETP	0,5 ETP	0,5 ETP	0,5 ETP par mois	😊
Temps Assistante sociale utilisé	0,5 ETP / mois	0,5 ETP	0,5 ETP	0,5 ETP par mois	😊
Nombre de réunions de régulation hebdomadaires (comptage au 01/03/17)	1/semaine	1/semaine	1/semaine	1/semaine	😊

Intitulé de l'indicateur : MOTIFS DE CONTACTS par le patient	Au 31/03/2018	Au 31/08/2018	Au 16/12/2018
➤ <i>Maladie ou traitement (recrudescence de crises, premières crises, second avis, connaissance de la maladie, du traitement, chirurgie...)</i>	65,8%	67%	70%
➤ <i>Difficultés professionnelles ou scolaire, exclusion sociale</i>	21,5%	20%	20%
➤ <i>Les deux thématiques</i>	5,7%	7%	6%
➤ <i>Autre (troubles psy, carence de PEC en DOM-TOM, autres pays, besoins des structures non spécialisées,...)</i>	7%	6%	4%

Intitulé des indicateurs	Au 31/03/2018	Au 31/08/2018	Au 16/12/2018
Taux de programmes ETP proposés ou en cours	7%	7%	6%

Patients adressés à IDEE par les médecins

■ oui ■ non



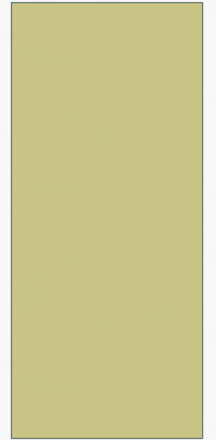
FOCUS ADRESSAGE PAR LES MEDECINS : UNE NOUVELLE ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

- Taux de patients adressés par les medecins neurologues epileptologues : 31 %
- Dès le diagnostic le médecin adresse le patient à l'infirmier pour reprise d'informations, ETP et suivi (cf document SIGN= « dans le mois »)
- Entretien infirmier initial presentiel (environ 1h30) par une ISC
- Réalisation d' une anamnèse de la situation et un examen clinique du patient (« bilan bio-psycho-social »)
- Réalisation du PTI et Programmation du suivi avec accord du patient
- Definition des modalités de collaboration (pré-requis ils existent ou doivent être créés...) entre médecin et équipe infirmière
- Traçabilité des actions infirmières inclus la coordination entre acteurs de le PEC (patient-medecin-tout intervenant de la PEC)
- Réunions de concertations pluridisciplinaires hebdomadaires

PROJET PECE EN 2019

- Au 1^{er} janvier 2019
 - **Maintien du numero Vert: 0 800 400 140**
 - **Téléconseil, téléexpertise, télésuivi, télémedecine,...**
 - Sur **deux sites** geographique : HCL et La Teppe
 - 0,1 Assistante Sociale
- Temps cadre et médical non évalué.
- En attente déploiement et perennisation

BILAN PROJET PECE



BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ET LES AIDANTS

- Amélioration de l'offre de soins
- **Prise en charge personnalisée**
- Ecoute, soutien, réassurance
- **Réactivité, suivi spécialisé**
- Infos et conseils adaptés de qualité
- **Reconnaissance des difficultés**
- **Autonomie** du patient par une meilleure connaissance et gestion de sa maladie
- Diminution des risques dont l'apparition de complications secondaires
- Amélioration de la **qualité de vie** au quotidien
- Amélioration de la **communication** entre soignant et aidants et entre patients et environnement social

TEMOIGNAGE

- « Mon fils est suivi **depuis 10 ans** pour une épilepsie pharmaco-résistante, et c'est la **1ere fois** que je rencontre une personne qui prend en compte **tous les aspects de cette pathologie** notamment vie personnelle, sociale et professionnelle.
- Jusqu'à présent, seul l'aspect purement »médical » était pris en charge et c'est donc plutôt **réconfortant pour nous parents** « accompagnants » souvent **impuissants** à trouver des **solutions pérennes** d'échanger avec des personnes comme Mme T; donc satisfaite de ce premier contact »

BÉNÉFICES POUR LES MÉDECINS ET AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

- Amélioration de l'observance du patient
- Amélioration de la qualité des consultations grâce au lien avec l'ISC (recueil d'infos)
- Meilleure connaissance des difficultés de leurs patients
- Meilleure coordination des différents intervenants
- **Complémentarité des approches et des compétences (médicale et paramédicale)**
- ISC: Intervenant pivot au sein de l'équipe multidisciplinaire

BÉNÉFICES POUR LES ISC

- Satisfaction d'une réponse rapide aux besoins des patients
- Prise en charge globale du patient: approche systémique et holistique des situations dont situations complexes
- Travail en réseau permettant une collaboration et complémentarité pour une prise en charge efficiente (médicale, psycho, sociale.....)
- Coordination
- Élargissement et mutualisation des connaissances expertes (binome La Teppe-CHU)
- Développement de nouvelles compétences
- Revalorisation du travail infirmier: autonomie
- Reconnaissance de leur expertise par les médecins
- Confiance

BÉNÉFICES POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

- Optimisation de la **prise en charge globale par un suivi au long cours plus efficient** et un lieu de centralisation et de coordination autour du patient.
- Gain de temps (diminution des appels aux médecins neurologues, secretariats et standards moins surchargés)
- A long terme la diminution des coûts sera à évaluer probablement par des protocoles de recherche infirmier et des protocoles de recherche économique

FOCUS QUALITÉ? EFFICIENCE? DEPENSES?

- Durée moyenne de l'entretien initial: 1h 30 en presentiel (1h au telephone)
- Durée moyenne des entretiens = 45 minutes IDE - Coût horaire
 - IDE de CHU fin de carrière = 34 euros /heure (4845 brut/mois)= 22 euros net /heure = 5,5 euros pour 15 minutes = Consultation infirmiere de 45 minutes = 16,5 euros
 - IDE débutante = 25 euros brut/heure= 17 euros net/heure= 4,25 euros pour 15 minutes = Consultation infirmière de 45 minutes = 12,75 euros
 - Médecin généraliste - Cout horaire moyen = 25 euros . Durée moyenne des consultations = 15 minutes
- Rémuneration au parcours?
- Tele-expertise, Tele-conseils, Teleconsultations ... *Vers un nouvel acte Infirmier?*
Cf JP DOOR en cardio

2. EMPOWERMENT ET CASE MANAGEMENT

Pour tous les patients souffrant d'une maladie chronique ou aiguë, une forme de 'case management' est nécessaire. Dans cette note d'orientation, nous utilisons le concept de 'case-management' également pour la gestion et la coordination des soins (médicaux et non-médicaux) nécessaires pour répondre aux besoins du patient.

Le patient, en concertation avec son médecin généraliste, est le premier à assumer cette tâche. Le médecin généraliste offre avant tout un soutien pour les aspects médicaux mais prend un rôle potentiellement plus important dans la gestion du cas en fonction de l'évolution de la maladie et/ou de la diminution de la capacité d'autogestion par le patient. Pour un certain nombre de patients souffrant d'une maladie chronique, la complexité de leur situation peut inciter le MG et/ou le patient à envisager l'implication d'un 'case manager'. Dans ce cas, un prestataire de soins est couplé au MG et au patient pour organiser et coordonner les soins et, ce, pour tous les aspects de la vie du patient. L'implication d'un case manager est définie en fonction des besoins et demandes du patient et non en fonction de la disponibilité éventuelle de l'offre.

A RETENIR

- **Infirmier –Expert- Formé-**
- **Dès l’annonce** diagnostic
- **Accessible** rapidement, **télésuivi**
- **Réseau**
- Organise la **collaboration** de tous les acteurs de la PEC vers un **objectif commun**
- **Coordination** des interventions
- **Accompagne** durablement dans une Relation de **Confiance**
- **Ressources** propres et environnementales – Personnalisation
- **Patient Autonome**

**CONTINUUM – EXPERTISE- TRANSVERSALITE –COHERENCE-
COHESION**



MERCI DE VOTRE ATTENTION!



RESULTATS DE RECHERCHES

Mathias WAELLI

Maître de conférences à l'EHESP

Maria ACERO

Doctorante à l'EHESP

Jacques ORVAIN

Professeur à l'EHESP

Colloque ANFH – EHESP : les nouveaux métiers de coordination des parcours des soins



Nouveaux métiers de la coordination : Etude de cas en oncologie



Maria ACERO, Mathias WAELLI, Etienne MINVIELLE

I. LA COORDINATION

Un enjeu du quotidien

La coordination est partout

Transformation des rapports au travail et au foyer :

Evolution du partage des tâches entre hommes et femmes

Recours croissant à des tiers...

= > + d'exigences de coordination

Cf. Notion de « charge mentale »

Paradoxalement on ne la voit pas => difficultés d'objectivation

Le travail domestique se fait dans l'ombre

La coordination échappe à l'objectivation (invisibilité)

Cf. Enquêtes emploi du temps de l'INSEE

**Risque de Naturalisation des compétences requises =
difficulté de formalisation dans les organisations**



Coordination en santé

Un diagnostic et des préoccupations partagés

Contexte : développement des logiques de parcours patients
=> Coordination devient un enjeu clé d'amélioration du système de santé

∞ **En recherche.** Consensus sur l'importance de la coordination

- Enjeu de qualité et d'efficience (Walsh et al. 2011; Wagner, 2014)

Ex. Besoins de coordination dans les parcours AVC (Gache et al. BMC HSR, 2014)

∞ **Sur le terrain.** Préoccupation des acteurs pour la coordination

Ex en France depuis plus de 20 ans :

- Les représentants des malades évoquent les lacunes de coordination

« Cancer : malades et soignants prennent ensemble la parole », Le Monde, 25 novembre 2000

- Les politiques ont également mis la coordination à l'ordre du jour depuis un certain nombre d'années.

De l'ordonnance de 1996 à la loi de modernisation du système de santé 2016

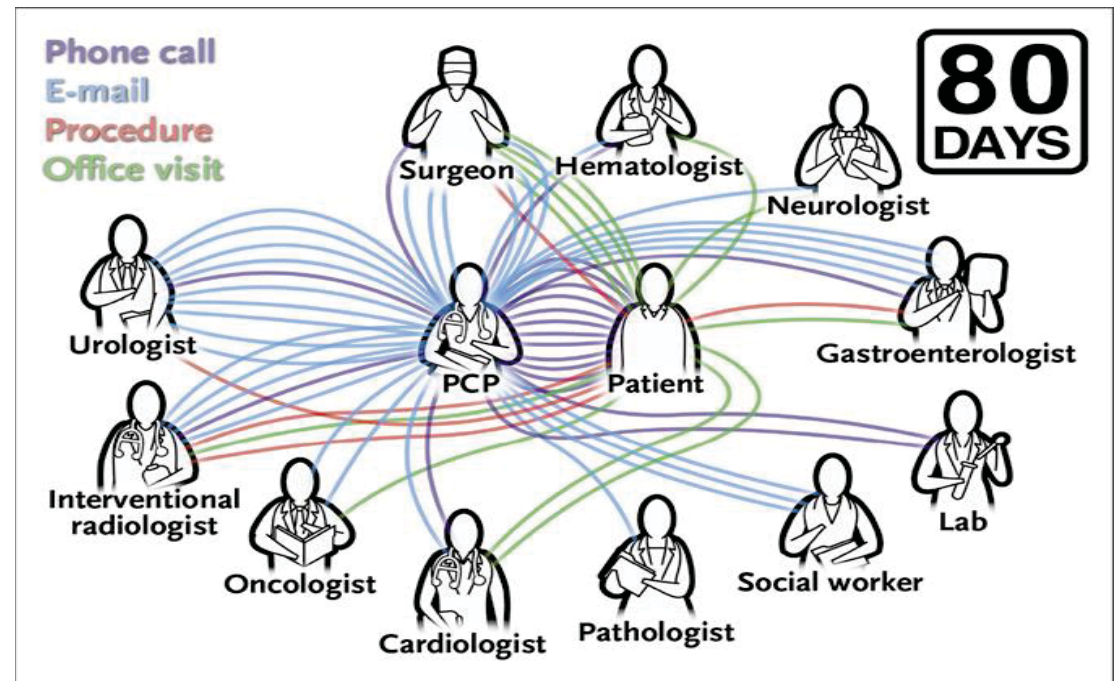
Au niveau des acteurs de terrain

- Dvpmt de compétences de coordination

“Part of my job as quarterback is to make sure the other players know where the ball is and what routes each player is running.” (Press, NEJM, 2014)

- De nouveaux métiers

Aux USA, comme en France (sous l’impulsion de l’inca), dvpmt de dispositifs qui reposent sur de nouveaux métiers. Des métiers qui épousent les contours du terrain.



Quel contenu ?

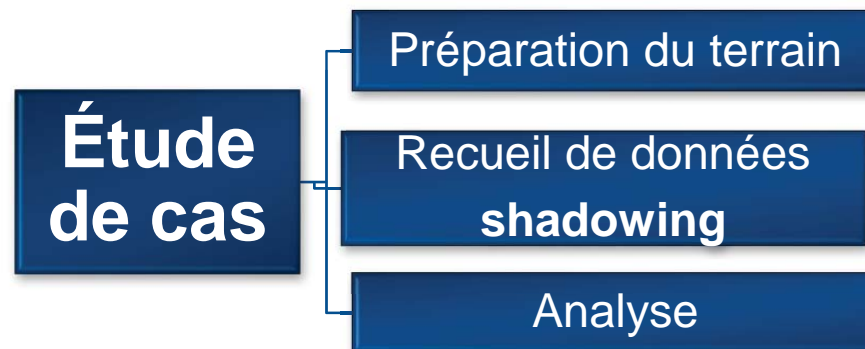
Aux US: “Nurse Navigators”, “patient navigators”, “care coordinators”, “case managers” ...

En France “managers de cas”, “infirmiers cliniciens”, “infirmiers de liaison”, “Infirmiers pivots”, “infirmiers de coordination (IDEC)” ...

La variété des désignations reflète un **débat institutionnel et scientifique sur la nature de l’activité** et les profils requis pour la conduire !

- Un ou plusieurs métiers ?
- Jusqu’où a-t-on besoin de nouveaux métiers ?
- Quelle place dans les organisations ?
- Quels profils (gestion vs clinique)?
- Quelle est la place du numérique dans la coordination ?
- Comment en évaluer l’impact de ces dispositifs, sur la qualité, sur les coûts ?

Objectif général. Etudier la mise en œuvre des nouveaux métiers de la coordination en oncologie



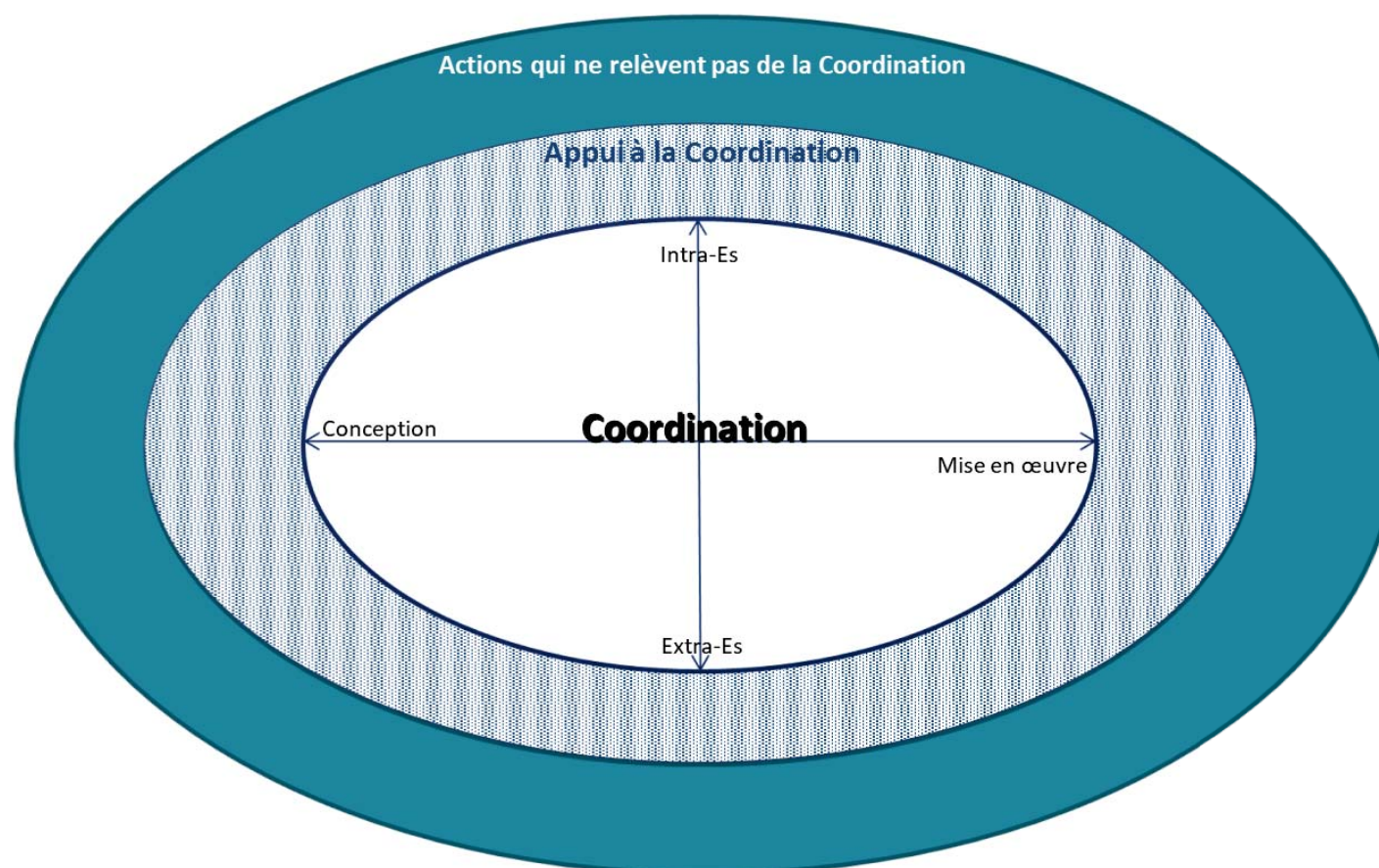
Objectifs spécifiques

- Capturer les pratiques communes
- Prendre en compte la flexibilité de l'activité en fonction du contexte local et des pathologies

Méthode qualitative

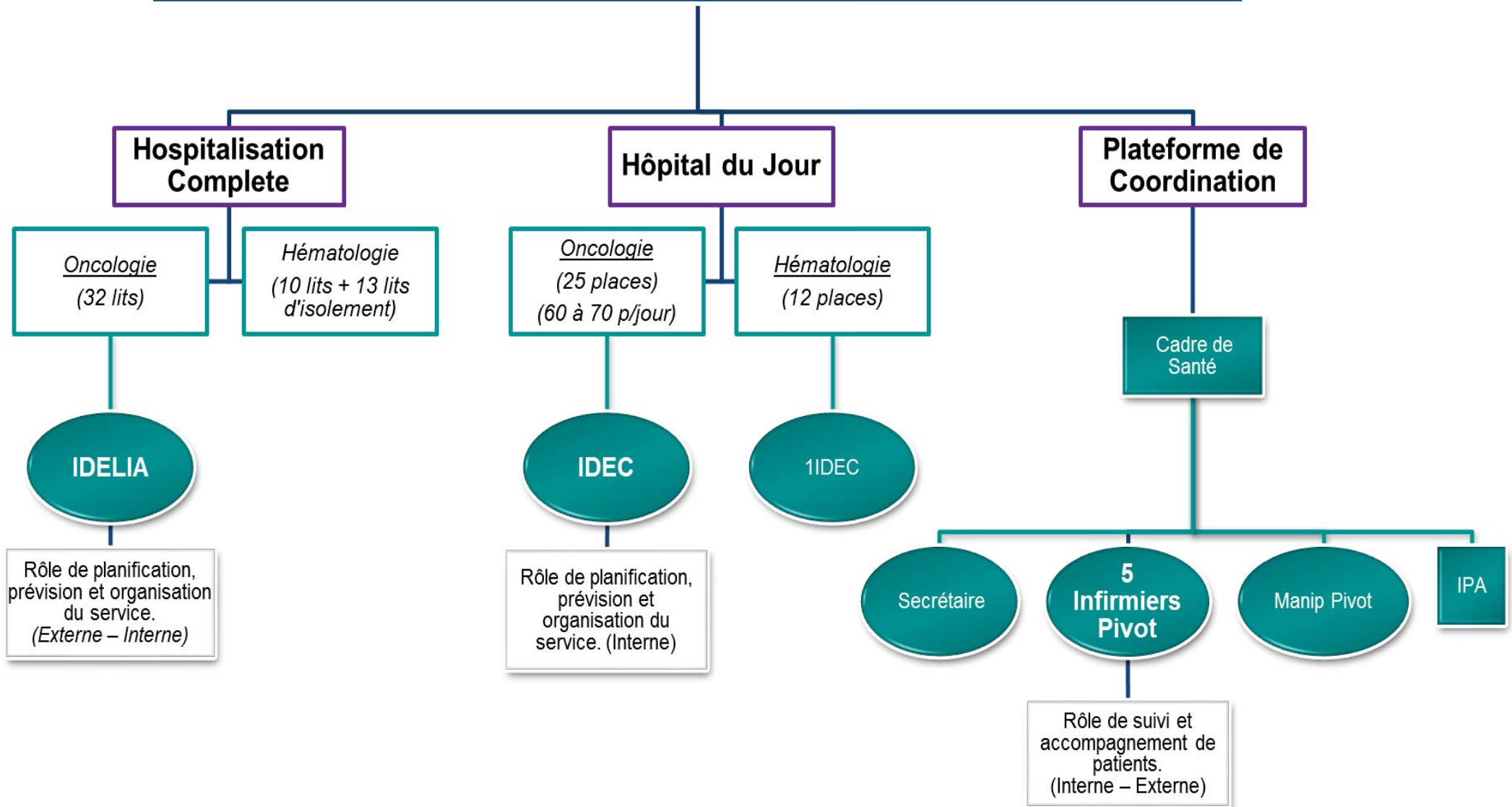
Développement d'une approche exploratoire et systémique de l'activité des métiers de la coordination (infirmiers cliniciens en oncologie)

Cadre d'analyse du contenu de l'activité des professionnels des nouveaux métiers de la coordination en oncologie



	CHU		Es privé à but non lucratif		Es public universitaire, centre de référence			
RATTACHEMENT	Service de Geriatrie UCOG Service Pneumologie		Service gynécologie		Plateforme de coordination		Hospitalisation complète Hôpital du Jour	
MISSION:	Optimiser les choix thérapeutiques et la prise en charge du patient âgé. Prise en charge du patient complexe		Répondre aux besoins des patientes atteintes de cancer du sein.		Prise en charge du patient tout au long du parcours			
DEGRÉ FORMALISATION	Conception Régionale		Démarche issue consensus local Conception professionnelle		Formalisé depuis 2010.		En construction depuis 2017	
					Conception institutionnelle.			
RESSOURCES	2 IDEC (0,8 ETP)	7 IDEC (0,2 à 0,8 ETP)	1 IDE de soutien à la coordination (0,65 ETP)	Secrétaire	5 IDE pivots 1 Manip Pivots 1 Secrétaire 1 IPA	• Logiciels • Locaux • DISSPO	2 IDELIA 2 IDEC	Secrétaires
FINANCEMENT	INCa-ARS		Etablissement		INCA Etablissement		Ligue	
ACTIVITÉS PRINCIPALES :	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation gériatrique - Formation - Gestion de dossiers 		<ul style="list-style-type: none"> - Coordonner sortie patient - Consultations Post-Opératoires - Soutien psycho-social - Autres 		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation psycho-social Information, Education, Soutien, Suivi, Orientation 		<ul style="list-style-type: none"> - Planification, prévision et l'organisation du service 	
					<ul style="list-style-type: none"> - Appui pour autres professionnels 			

Etude de cas : établissement public universitaire, centre de référence en oncologie



IV. RESULTATS

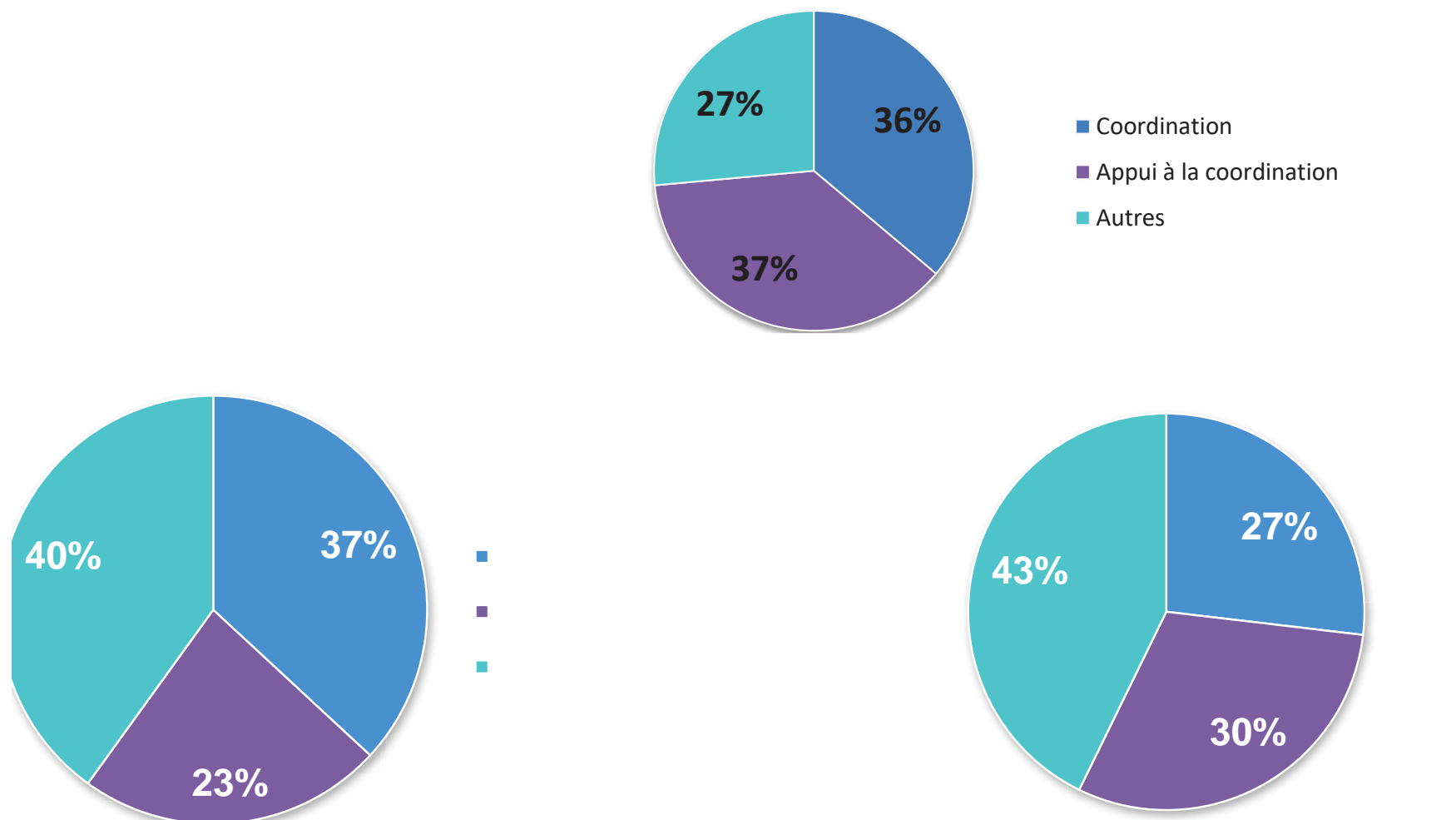
Contenu des métiers

IDELIA Hospitalisation	IDEC HdJ Oncologie	IDEs Pivot
Rôle de planification, prévision et organisation du service.		Rôle de suivi et accompagnement de patients.
(Intra et <u>extra</u> hospitalier)	(Intra-hospitalier)	(Intra et <u>extra</u> hospitalier)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestion des entrées ➤ Organisation des sorties ➤ Programmation de cures de chimiothérapie en hospitalisation ➤ Participer à la relève médicale – soignante (Matin * Midi) et à d'autres réunions : RMN - Tour ➤ Management du service partagé avec la cadre de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programmation de séances de chimiothérapie. ➤ Suivi téléphonique des patients en thérapie orale (sans cs *) ➤ Relais du cadre de santé d'oncologie auprès de l'équipe d'IDEs de l'Hdj. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ (TAS) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation psycho-social • Information • Education • Soutien ➤ Suivi de patients ➤ Orientation soins support (Diététicienne, Assistante sociale, Med douleur, Psychologue) ➤ * Coordonner la prise en charge en ambulatoire.
Autres : La gestion du matériel, fournitures du bureau. L'accueil de nouveaux personnels. L'accueil d'étudiants,		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traçabilité de l'activité

IV.3. Variabilité du contenu de l'activité des métiers de la coordination :

Tout n'est pas de la coordination

Contenu de l'activité des IDEs pivot



Vendredi

3/11/2017
Patiente 3 : Femme,
53 ans, cancer
digestif. Prise en
charge à domicile par
un cabinet
d'infirmiers.

11h27 – 11h28 :
Appel, IDE libérale,
→ Demande de
hospitalisation

11h28 - 11h29 :
IDE pivot AB
s'adresse à l'interne
B
Il donne l'ordre
d'hospitaliser la
patiente.

11h33 - 11h34 :
IDE pivot AB appelle
l'IDE de liaison.
Elle lui dit de
contacter à la
médecin chef du
service.

11h35 - 11h39 :
AB appelle la
médecin
Elle lui dit qu'il faut
que la patiente aille
voir son médecin
traitant.

11h39 - 11h42 :
IDE pivot AB appelle la
patiente.
L'interroge sur son état
de santé. L'informe
qu'elle devra aller voir
son médecin traitant

14h40 :
IDE pivot AB trace
l'appel sur les 2
logiciels

14h36 – 14h40:
IDE pivot AB appelle la
patiente.
... symptômes sont
toujours présentés ?
savoir comme s'est
passé la consultation ?

14h35 :
Trace l'appel de
l'infirmière de ville
sur les deux logiciels.

14h30 - 14h34 :
Appel, IDE libérale.
... P 3 est allée voir le
médecin traitant et
un traitement a été
mise en place.

11h49 :
AB informe
l'interne.

11h43 - 11h44 :
IDE pivot AB trace
les appels.

15h28 - 15h31 :
Appel, IDE libérale.
Elle lui demande
l'intervention du
prestataire.

15h32 - 15h35 :
Appelle le
prestataire.
... son intervention
n'est pas possible.

15h36 - 15h42 :
IDE pivot AB appelle
la patiente
... savoir auxquelles
pharmacies elle est
allée.

15h42 – 15h44 :
Téléphone à IDE
libéral
... il n'est pas
possible intervention
du prestataire.

15h45 – 15h47 :
Appelle pharmacie.
Commander tous les
matériaux
nécessaires pour les
soins de la Patiente.

15h48 - 15h51 :
Rappelle la Patiente.
Mettre au courant.

11h18 - 11h21 :
Appelle médecin
traitant

11h16 - 11h18 :
IDE pivot AB appelle
l'IDE de liaison
Délais de
hospitalisation ?

11h09 - 11h11 :
IDE pivot AB raconte
au médecin de l'HdJ

11h05 – 11h08 :
Médecin traitant
Demande
d'hospitalisation

Lundi
06/11/2017

15h52 - 15h55 :
IDE pivot AB ne sait pas
quoi tracer. Elle écrit sur
le 2ème logiciel, mais elle
ne consigne pas tous les
appels qu'elle a faits.

11h21 – 11h25 :
IDE pivot AB remplie
l'ordre
d'hospitalisation.

11h29 – 11h31 :
Déplacement à l'HdJ pour
donner la demande
d'hospitalisation à la
secrétaire pour que le
médecin la signe.

12h11 – 12h12 :
IDE pivot AB
recupère l'ordre
d'hospitalisation à
l'HdJ

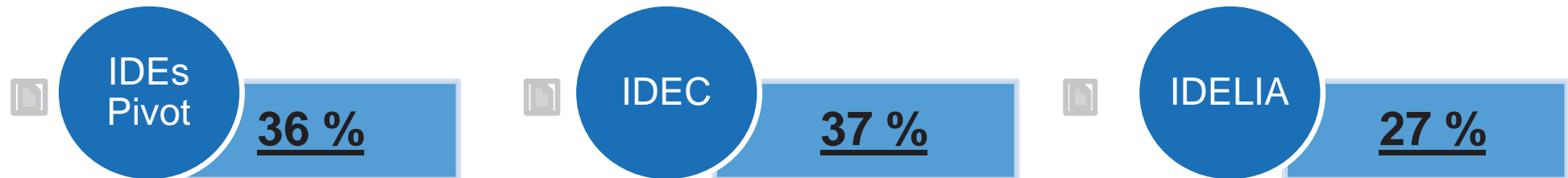
14h45 – 14h52 :
IDE pivot AB va dans le
service d'hospitalisation
(3^{ème} étage) pour donner
l'ordre d'hospitalisation à
l'IDE de liaison.

IV.3. Variabilité du contenu de l'activité des métiers de la coordination :

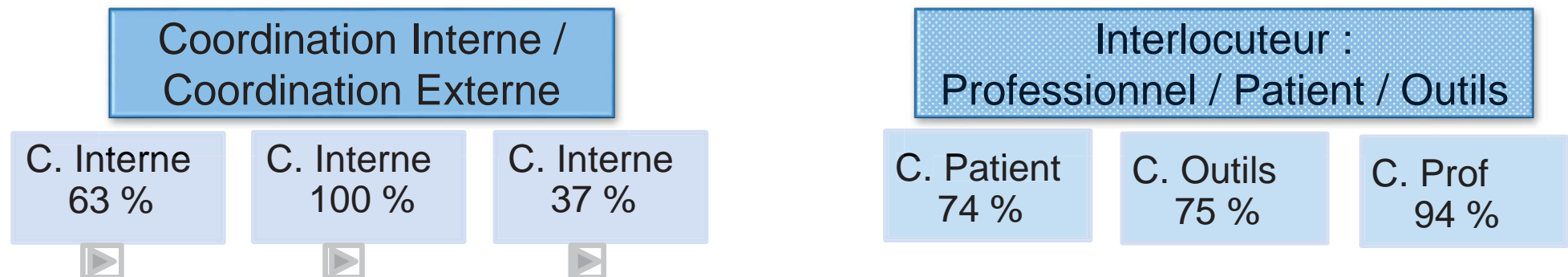
ACTIVITÉS DE COORDINATION



Le pourcentage du temps dédié à la coordination varie peu d'une IDE à l'autre.



❖ Cependant, grande disparité dans la répartition de ce temps.



V. DISCUSSION CONCLUSION

Personne dédiée ?

Si oui :

- *Quel profil (Managérial – Clinique ?)*
 - *Imbrication des compétences managériales et cliniques*
- *Formation ?*

Si non :

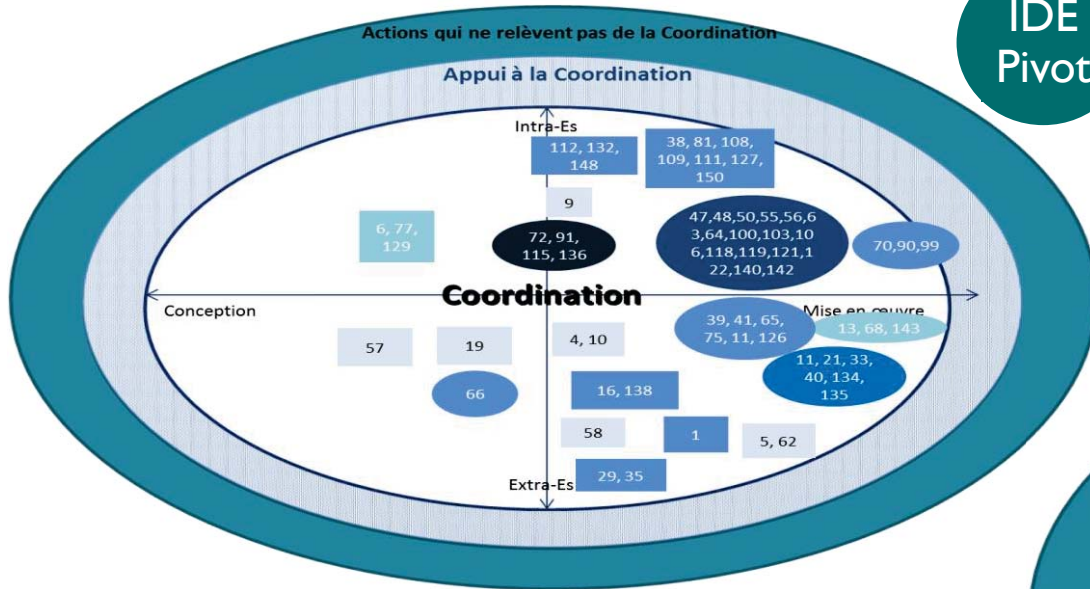
- *Comment valoriser le travail de coordination*
 - *Mandat infirmier (Formation)*
 - *Organisation du travail*

Comment la technologie peut favoriser la coordination ?

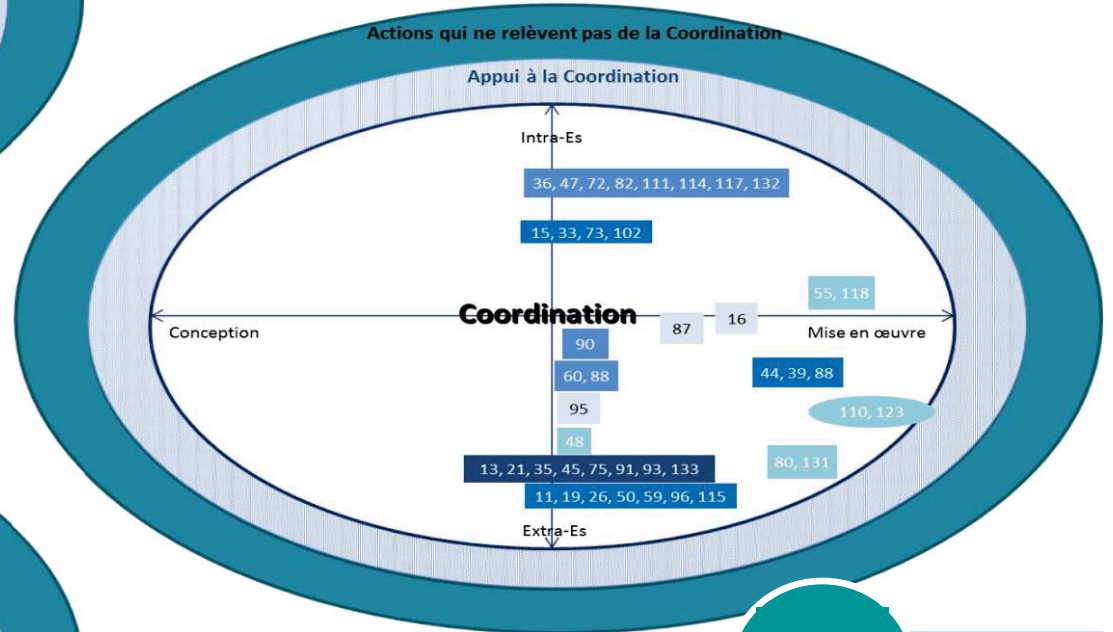
Cadre d'analyse du contenu de l'activité de l'infirmier pivot

IDE Pivot

36 %



Cadre d'analyse du contenu de l'activité de l'IDELIA



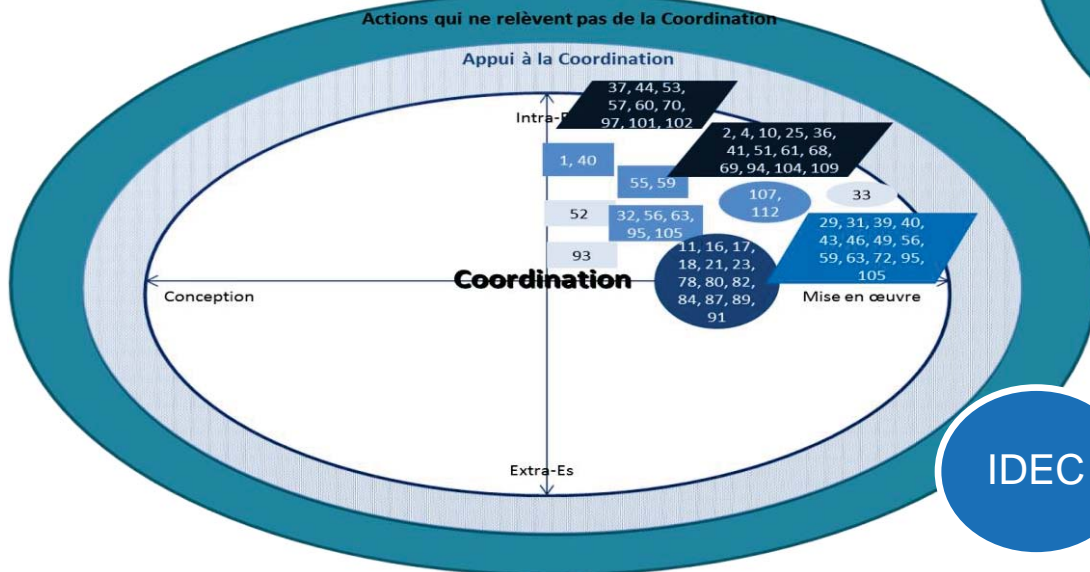
IDELIA

27 %

Cadre d'analyse du contenu de l'activité de l'IDEC

IDEC

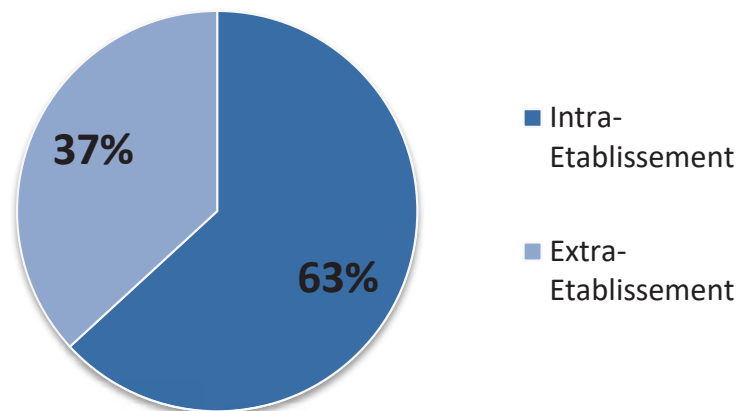
37 %



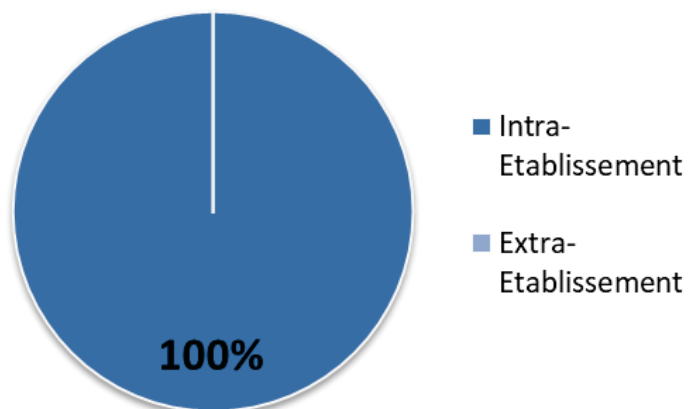
III.3.2. Variabilité du contenu de l'activité des métiers de la coordination :

Activités de coordination
:
Interne vs Externe

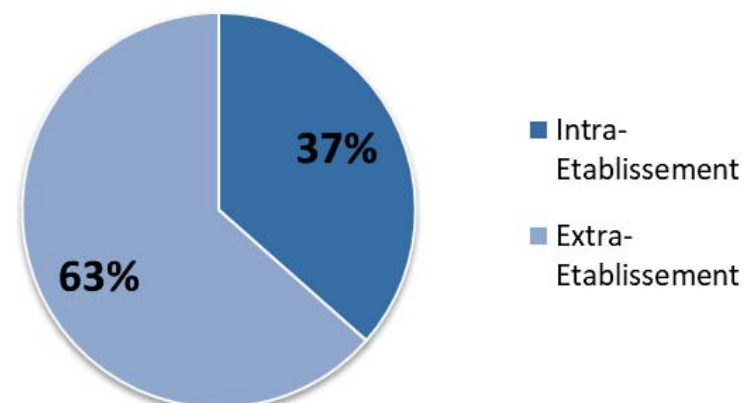
Coordination IDE Pivot



Coordination IDEC



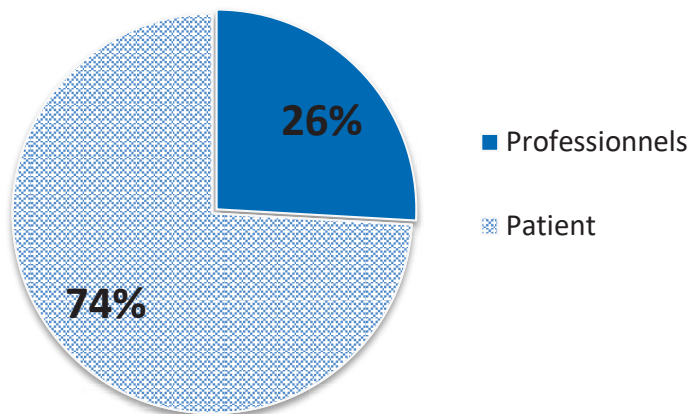
Coordination IDELIA



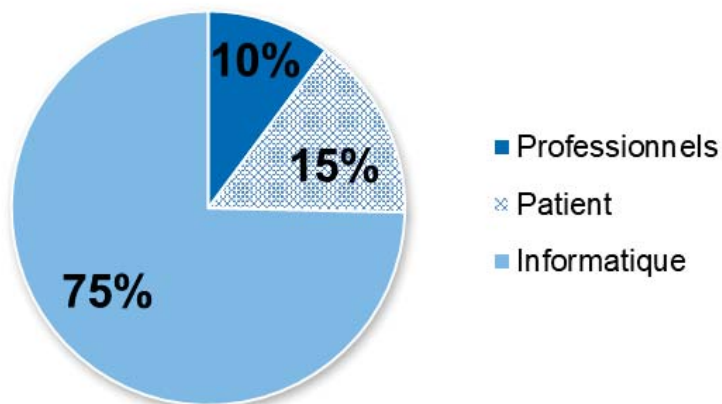
III.3.2. Variabilité du contenu de l'activité des métiers de la coordination :

Activités de coordination :
Professionnel / Patient /
Outils

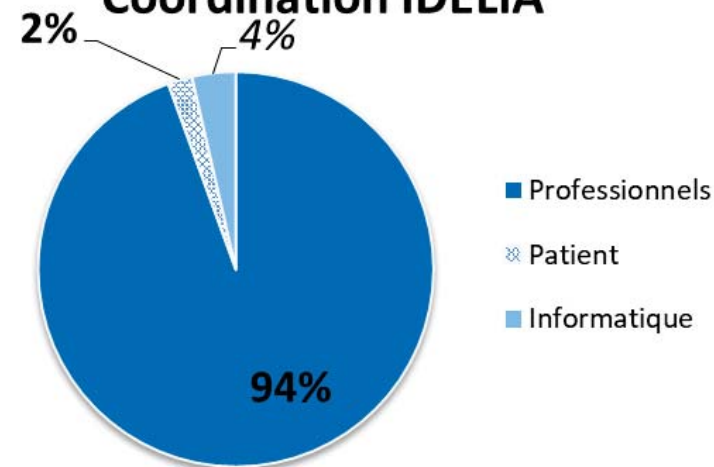
Coordination IDE Pivot



Coordination IDEC



Coordination IDELIA





● Management Interstitiel

La gestion du paradoxe
Différenciation-Intégration

Jacques Orvain MOS EA7348





Le contexte de l'étude

Dans le cadre du programme français d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, des structures appelées MAIA (Méthodes d'Action pour l'Intégration et l'Autonomie) ont été mises en place. Ces nouvelles structures ont été conçues (*en partie*) pour prendre en charge la coordination des services destinés à des personnes très dépendantes, par la mise en oeuvre d'une gestion de cas intensive pour des cas complexes.

L'absence de couplage serré, particulièrement sous la forme d'un lien hiérarchique ou marchand, nécessite de développer de nouvelles formes de coordination qui ont été décrites dans de nombreux champs professionnels (Orton & Weick, 1990). Comment les gestionnaires de cas se sont accommodés de ces contraintes? Quel est le contenu de leur travail effectif? En s'appuyant sur une étude qualitative de leur activité, notre étude qualitative-compréhensive explore le contenu d'une activité émergente et examine comment cela remet en cause les modèles classiques de coordination.





Collecte des données	Temps de recueil
<p><u>Interviews</u></p> <p>Interviews Site A</p> <p>Interviews Site B</p> <p>Interview Site C</p> <p>Focus group</p>	<p>4 case managers (May 2013): Marylène, Noémie, Joséphine, Marie.</p> <p>1 directeur (May 2013)</p> <p>1 participant clé (March 2015)</p> <p>2 case managers (November 2013)</p> <p>1 case manager (August 2013)</p> <p>4 participants from site A (December 1st 2014)</p>
<p><u>Meetings</u></p> <p>Site C: réunion stratégique</p> <p>Site A: réunion tactique</p> <p>Site A: comité d'admission</p>	<p>25 June 2014</p> <p>21 November 2013</p> <p>9 September 2013</p>
<p><u>Observations</u></p> <p>Site A, (Joséphine)</p> <p>Site A, (Marylène)</p>	<p>3 visites à domicile (Mai 2014)</p> <p>1 visite en établissement (Mai 2014)</p> <p>3 visites à domicile (Octobre and Novembre 2014)</p> <p>1 consultation à l'hôpital (Nov . 2014)</p>





Pourquoi veut-on se coordonner?

Partager des objectifs

Trouver des formes d'action non antagoniques voire synergiques.

Ex: Sécuriser à la fois l'approvisionnement (SAD) et équilibrer le régime alimentaire (Médecin).

Répartir les actions dans le temps et l'espace

Gérer les interdépendances.

Ex: le bilan biologique du diabète doit être fait avant la prescription des médicaments.

Mutualiser des moyens

Se répartir la disponibilité du matériel

Ex: S'organiser pour que la clef du domicile soit disponible pour chacun.

Cependant la coordination consiste à la fois à intégrer des services, mais aussi à maintenir la différenciation de ces services. Cela crée un paradoxe fondamental qu'il va falloir gérer.



Gestion paradoxale





Théories du management paradoxal

Tensions paradoxales

Autonomie

MAIS

Rendre compte

Adaptabilité

MAIS

Être prédictible

Créativité

MAIS

Co-Construire

Différenciation

Intégration

EHESP

Les dilemmes induits

Comment partager de l'information sans créer de relations de pouvoir?

Comment créer une compréhension commune qui permette des solutions individuelles?

Comment créer des règles d'action communes qui permettent les initiatives?



Gestion du paradoxe Différenciation-Intégration

Paradoxe	Mécanisme de gestion	Exemples
Etablir une base commune d'information en respectant les rôles de chacun.	Décrire la situation de façon très factuelle et partager cette information avec chacun de façon très régulière.	<i>Nous avons mis en place un cahier de liaison au domicile de façon à ce que tous les professionnels prennent l'habitude de noter ce qui a été fait. Mais nous avons parfois à clarifier l'objectif du cahier. Parce ce que ce n'est pas fait pour critiquer le travail des autres.</i> Noémie
Ne pas simplifier le cas mais le rendre compréhensible.	Construire une compréhension commune des cas via des descriptions épaisses en conservant toute l'information.	<i>Nous avons fait le choix de reprendre tous les entretiens qu'on peut mener, les contenus des visites à domicile [...]. C'est bien parce que si quelqu'un prend la suite [...] en relisant les notes évolutives [il comprendra], mais il faut du temps.</i> Joséphine
Structurer les relations mais en gardant leur caractère personnel.	Construire des relations épaisses en les faisant reposer sur des apprentissages relationnels entre individus.	<i>En expliquant le rôle de la MAIA je leur ai donné la plaquette explicative et la dame m'a dit « Ah vous vous souvenez on s'est déjà rencontrées ». En fait c'était la radiologue qui travaille dans deux cabinets. Du coup je l'ai déjà rencontrée. Alors elle me dit « Ok j'ai compris c'est pareil ». Marylène</i>



Gestion du paradoxe Différenciation-Intégration

Autonomie: articuler les efforts sans les imposer



Synchronicité

Singularité : aligner les efforts sans les standardiser

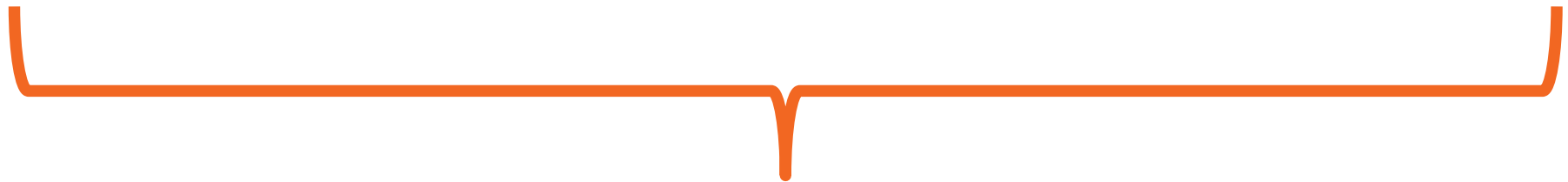


Narration singulière

Créativité: coordonner les efforts sans les préfigurer



Construction conjointe



Management Interstitiel





Illustration du principe de synchronicité

Joséphine (gestionnaire de cas) doit gérer la situation d'une patiente dont l'état de dépendance nécessite une demande d'admission en EHPAD. La demande a été faite par ses petites filles avec l'appui du médecin traitant. A ce jour aucune réponse n'a été formulée par la directrice de l'EHPAD. La situation est enlisée par manque de transparence sur le rôle des uns et des autres. Joséphine ne peut décider à la place des uns et des autres, mais elle va tenter de synchroniser tous les avis de façon à faire assumer à chacun son rôle dans la décision. Elle rencontre chacune des parties, les tient au courant régulièrement des avis des uns et des autres. A la fin les petites filles se rendent compte qu'il sera difficile de trouver une solution d'hébergement dans cet EHPAD et se tournent vers un autre établissement qui finalement acceptera leur grand-mère.

La gestionnaire de cas n'a pas pris la décision à la place de ceux qui en avait la légitimité, mais son action de synchronisation a permis que cela soit possible.



Illustration du principe de narration

Un couple âgé est suivi par Joséphine parce que le mari a un déficit cognitif sévère secondaire à un diabète. Mais les infirmières ont décidé de ne plus intervenir car le fils du couple vient régulièrement perturber de façon violente les soins. Il occupe une chambre au sein de l'appartement de ses parents et harcèlent les infirmières. Joséphine a expliqué cette histoire dans le détail aux différents professionnels impliqués. Elle est allée au-delà du cas clinique pour incorporer dans l'histoire toutes les autres dimensions sociales. Finalement chacun des partenaires a contribué à stabiliser la situation: un déménagement dans un autre appartement a été prévu avec les services municipaux; le médecin traitant a réussi à convaincre le fils de suivre un traitement psychiatrique; les infirmières sont revenues au domicile.

Le partage d'une histoire complexe par la gestionnaire de cas a permis à chacun d'imaginer quelle solution il pouvait apporter en fonction de l'interprétation qu'ils se faisait de cette situation. L'interprétation des problèmes n'a pas été imposée par la gestionnaire de cas.



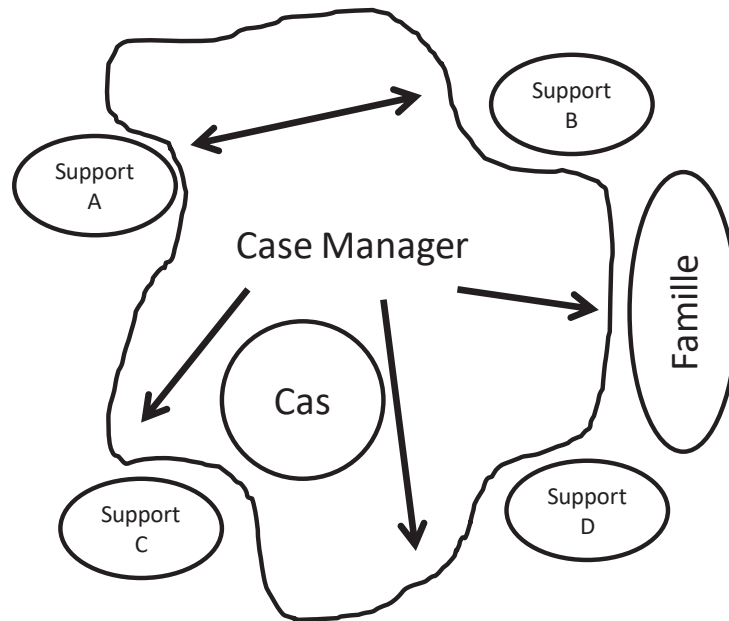
Illustration de la co-construction

Marylène (gestionnaire de cas) suit Astrid, une dame de 92 ans, très en forme physiquement, mais qui souffre d'une maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Elle ne veut pas quitter sa maison, mais les voisins se plaignent qu'elle déambule la nuit dans le quartier. Les nièces d'Astrid ont décidé de la placer dans une maison de retraite, mais Astrid s'est enfuie en sautant du premier étage. Marylène, la gestionnaire de cas, a reconstruit patiemment tout le réseau relationnel autour d'Astrid de façon à lui permettre de rester à domicile: sa présence a encouragé les infirmières à rester impliquées; le pharmacien a accepté de servir de boîte aux lettres, il met à disposition la clef du domicile pour les soignants identifiés; un médecin généraliste a finalement accepté de rentrer dans le cercle et communique directement avec les infirmières. Cette stabilité retrouvée a eu un impact sur les déambulations nocturnes qui sont maintenant plus rares.

Marylène a ainsi encouragé les différents protagonistes à se connaître puis à inventer des solutions ensemble. Chacun a gardé les spécificités de son métier mais en les mettant au service de solutions collectives. La solution n'a pas été dictée par la gestionnaire de cas mais a résulté des interactions qu'elle a créées.

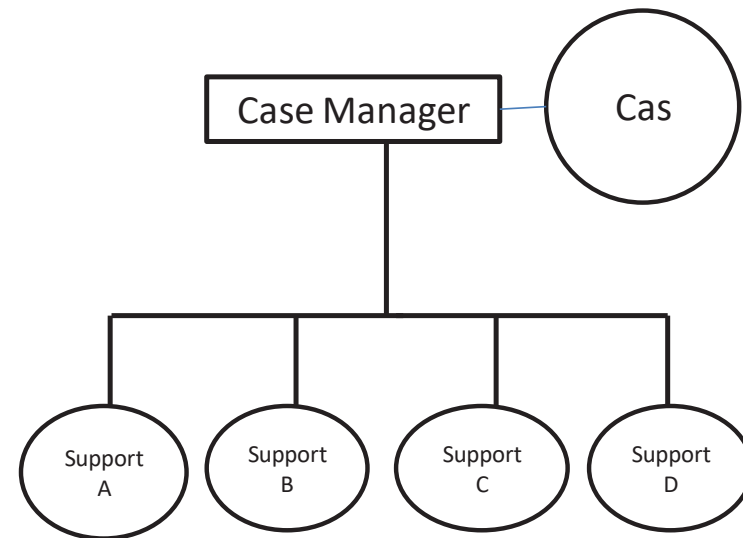


Représentation graphique des conséquences organisationnelles



Management Interstitiel

« Collage des services »



Coordination hiérarchique

« Distribution des services »





Les effets secondaires induits par le Management Interstitiel

Grande réactivité:

Les initiatives sont encouragées.

Engagement renforcé:

Toutes les contributions sont légitimes.

Capacité à absorber l'inattendu:

Les relations construites permettent de faire face à des situations non prévues.





Merci de votre attention

Jacques Orvain

Jacques.orvain@ehesp.fr

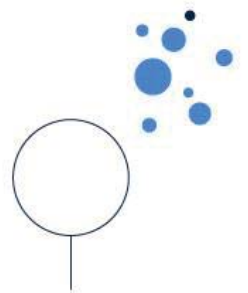
EHESP, Institut du Management

Av Pr Léon Bernard

35043 RENNES Cedex

● MOS
●

EA 7348



COLLOQUE ANFH / EHESP



Pause Déjeuner

Reprise à 14h00

ECLAIRAGE INTERNATIONAL

Davina ALLEN

Health Foundation Improvement Science Fellow

Cardiff University

TRACT: Making Nurses' Organising Work Count in Safe Staffing Decisions

Davina Allen
Cardiff University

what am I going to talk about?

- background
- addressing nurse staffing levels in Wales
- what is TRACT?
- the evidence base for TRACT
- how TRACT was developed
- TRACT - next steps?

SAFE NURSE STAFFING

a call to action

- safe nurse staffing is an international policy priority
- there is strong evidence of a link between nurse staffing and patient outcomes

“A bedside care workforce with a greater proportion of professional nurses is associated with better outcomes for patients and nurses”
(RN4Cast)



UK Government response



- Francis Reports
- Keogh Review
- Berwick Report

getting the numbers right

- Wales - Legislation (2016)
- England; Scotland; Northern Ireland - Policy
- lack of evidence to inform policy and practice in this area
- no universal nursing staff-to-patient ratio
- 40 years investment in workforce models but none address all variables that impact on nursing workload
- UK adopted triangulated approach
 1. workforce planning tools
 2. nurse sensitive quality indicators
 3. professional judgement

implementation of the legislation in Wales

- Operational Guidance
- All Wales Nurse Staffing Group
- Triangulated approach
- Welsh Levels of Care
- Working Groups



Welsh Levels of Care Lay Descriptors

Staff Nysio
Nurse Staffing

The Welsh Levels of Care consists of 5 levels of acuity ranging from Level 1 where the patient's condition is stable and predictable, requiring routine nursing care, to Level 5 where the patient is highly unstable and at risk, requiring an intense level of continuous nursing care on a 1:1 basis.

Lay Descriptors – describe in simple terms the typical condition of the patient and types of care

Clinical Descriptors – provide more detail including professional considerations at each level

Nursing Themes – provide technical detail about the condition and interventions required at each level, across 6 themes: Assessment & Observation, Recognition, Personal Care, Nutrition & Hydration, Coping & Communication, and Medication.

The Journey
The descriptors were developed through detailed consultation and iteration with a wide range of nursing staff from a number of disciplines. They are designed in such a way that the categories are coherent across the 5 levels of care, leading to a more consistent journey of the right patient into the right level of care.

The Welsh Levels of Care have been piloted and the findings and feedback from staff have informed the final version of the Welsh Levels of Care.

Next steps

- Deliver training sessions locally.
- Monitor and evaluate use of the tool.
- Explore how the Welsh Levels of Care could be adopted and applied to other areas.

Level 5: one to one care
The patient requires at least one to one continuous nursing supervision and observation for 24 hours a day. The patient is highly unstable, unpredictable, in immediate risk of harm or in which clinical deterioration. There may not be a clearly identified primary problem and the patient's condition, the care plan, observations, clinical review, decision making and the work to deliver care, may include a combination of any or all of the factors described in the lower levels of care.

Level 4: urgent care
The patient is in a highly unstable and unpredictable condition either related to their primary problem or an exacerbation of other related factors. The existing or longer term plan of care may be postponed, while urgent treatments and interventions are put in place to avoid any further deterioration or protect the patient. The patient's condition may change rapidly and therefore high levels of observation and supervision are in place, or provided on a continuous basis for the majority of the day. There is regular senior clinical review. The work to deliver care is multifaceted with a number of highly skilled interventions and technical procedures managed with numerous tasks to provide full personal care. The patient's ability to participate in the ongoing care, and maintain their own safety and that of others, may be the primary factor in their ongoing instability and therefore, require actions and interventions beyond the normal routine of the nursing team.

Level 3: complex care
The patient may have a number of identified problems, some of which interact with one and other making it more difficult to predict the outcome of any individual treatment. The care plan is often multidisciplinary and broken up into smaller goals or steps with ongoing observation and regular review by the multidisciplinary team. The patient may have a combination of treatments from more than one national pathway, or have phased treatment to overcome short term problems, while planning out care aimed at ongoing rehabilitation or long term support. The work to deliver care will have a number of skilled interventions and many tasks including close personal care for ordinary day to day activities and there is a mix of intervention without the intensive support. The outcome of treatment could vary considerably and the patient may need close supervision and ongoing assessment from a range of staff to deal with problems as they arise and adapt the plan of care.

Level 2: care pathway
The patient has a clearly defined problem but there may be a small number of additional factors that affect how treatment is provided. The care is fully planned out but there is a need for regular observation to look out for any variations or unexpected changes in the patient's condition. The work to deliver care may be described on a defined pathway designed to deliver a specific treatment, for a common problem. The work to deliver care will include several routine tasks planned together, some skilled interventions and ongoing clinical decision making but remains within the normal routine of the nursing team.

Level 1: routine care
The patient has a clearly identified problem, with several other contributing factors. The care plan is straight forward and ongoing observations may be scheduled but the outcome is predictable with very little variation from what is expected. The work to deliver care is routine and there will be a number of tasks, including skilled interventions and are completely within the normal routine of the nursing team.

“indirect care coordination work can be challenging to quantify but often requires skilled and expert decision making and can be time consuming. As such, it will need to be carefully considered”

Nurse Staffing Levels (Wales) Act, Operational
Guidance, p.16

TRACT:
A brief introduction

what is TRACT?

- evidence based tool
- assesses volume and complexity of the organisational aspects of patient care
- supports professional judgement
- coproduced with nurses
- can be adapted to local context
- used flexibly to inform work planning

ROUTLEDGE ADVANCES IN HEALTH AND SOCIAL POLICY

The Invisible Work of Nurses

Hospitals, organisation and healthcare

Davina Allen

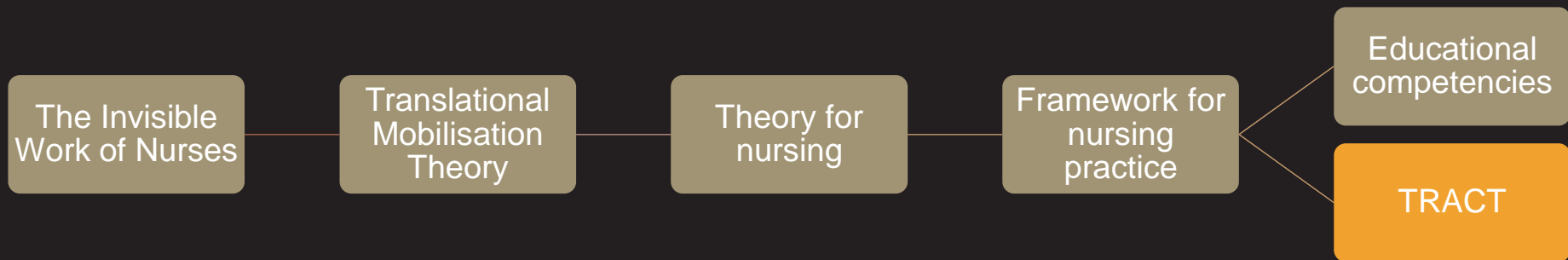


findings



- made visible the organisational components of the nursing role, highlighted its contribution to healthcare quality and safety, and developed concepts with which to describe and explain this aspect of nursing practice
- made visible the emergent qualities of much of healthcare organisation and the lack of fit with dominant linear models of management
- laid the foundations for sociological theory for explaining and describing emergent organisation

translating ideas....



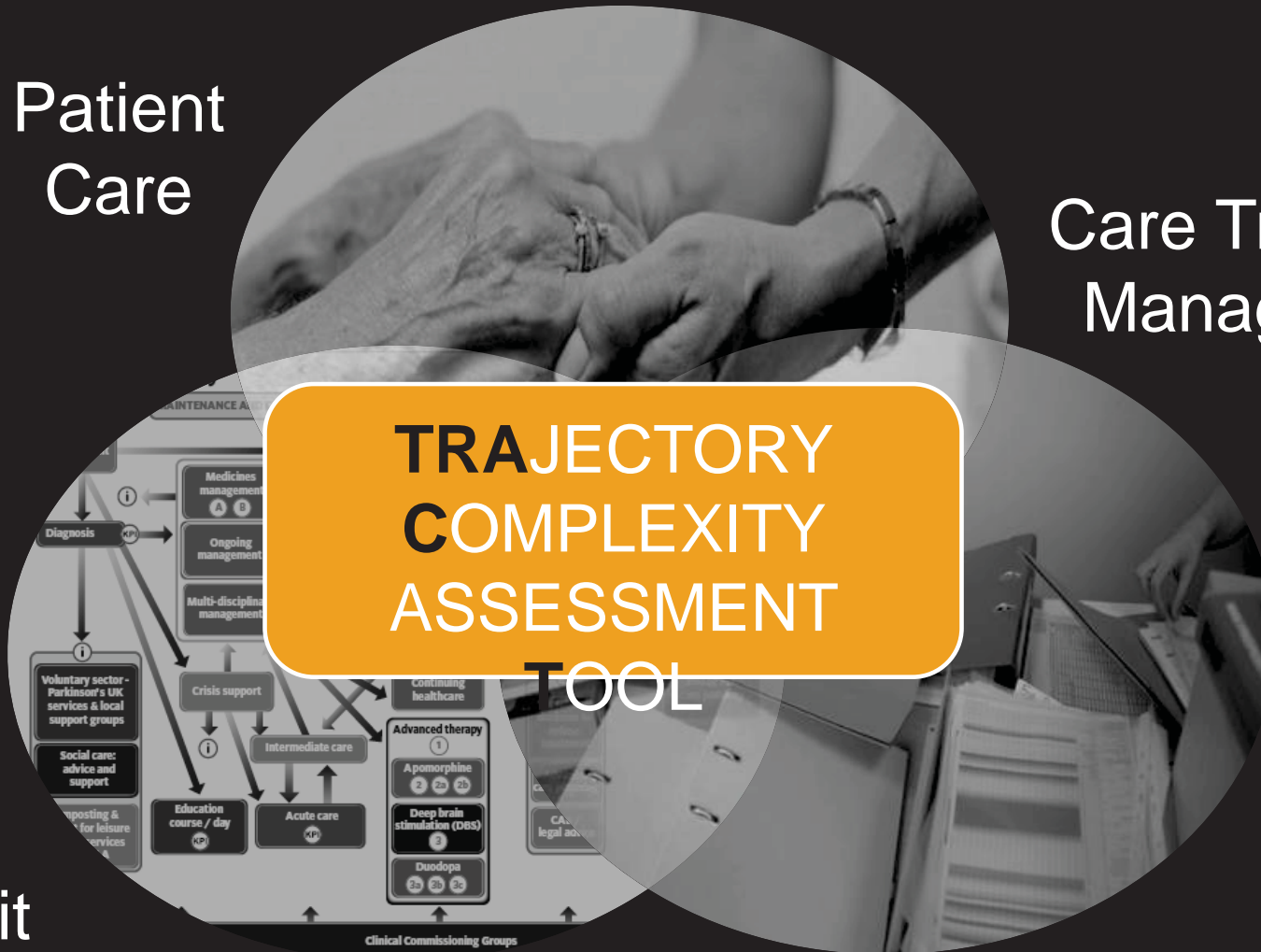
what does TRACT assess?

Patient
Care

Care Trajectory
Management

**TRAJECTORY
COMPLEXITY
ASSESSMENT
TOOL**

Unit
Management



how does TRACT work?

- 11 TRACT Factors known to impact the organisational complexity of care
- TRACT Factors are deliberately broad so they can be applied to a wide range of contexts
- 3 point scale – low-medium-high
- assess each TRACT Factor to reach overall patient assessment
- assessments should reflect the demands and complexity an individual presents for staff in a given setting

- Financial
- Health Status
- Care Needs
- Social
- Psychological
- Cognitive
- Transfers of care
- Interventions & Procedures
- Legal
- Care Team
- Resources

how can TRACT be used?

- at a patient level TRACT enables individual trajectories of care to be scored as high, medium or low levels of complexity to inform work planning and staff allocation
- at a unit level TRACT makes it possible to assess and compare over time:
 - (a) the complexity of patient trajectories
 - (b) the volume and complexity of types of trajectory management work (factors) on a unit
- unit level TRACT data can be used alongside other workforce planning tools for the purposes of informing nurse staffing levels
- unit level TRACT data can be used as a diagnostic tool to systematically investigate changes in workload and shifting

TRACT data



1. overall patient trajectory complexity

2. footprint of trajectory management work

The development of TRACT

ESRC Impact Acceleration Award

the fund will support researchers in building relationships and networks with potential research partners and the users of the products of research and to improve engagement with the public sector, civil society and industry.



aim

to build on Allen's empirical research to develop a tool for measuring the organisational components of nursing practice in order to inform nurse staffing decisions

team

Research Team

Allen, Strange, Evans



Primary Partner

- Cardiff and Vale University Health Board

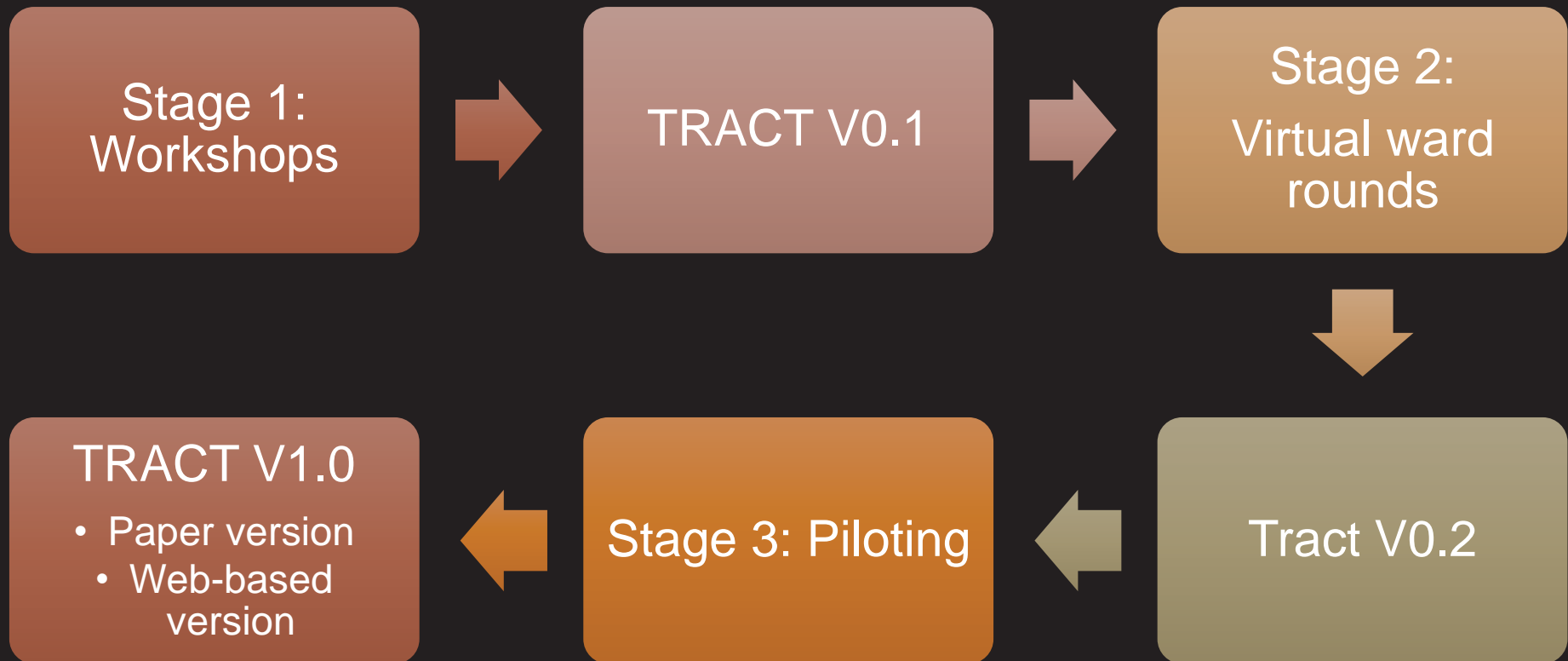


Intermediate Partners

- Royal College of Nursing
- Norwegian Nurses Association
- Florence Nightingale Foundation
- UK Council of Deans
- The Health Foundation



development process



stage 1: workshop participants

Surgery

- 7 ward managers and deputies

Trauma &
Orthopaedics

- 10 ward managers and deputies

Specialist Nursing

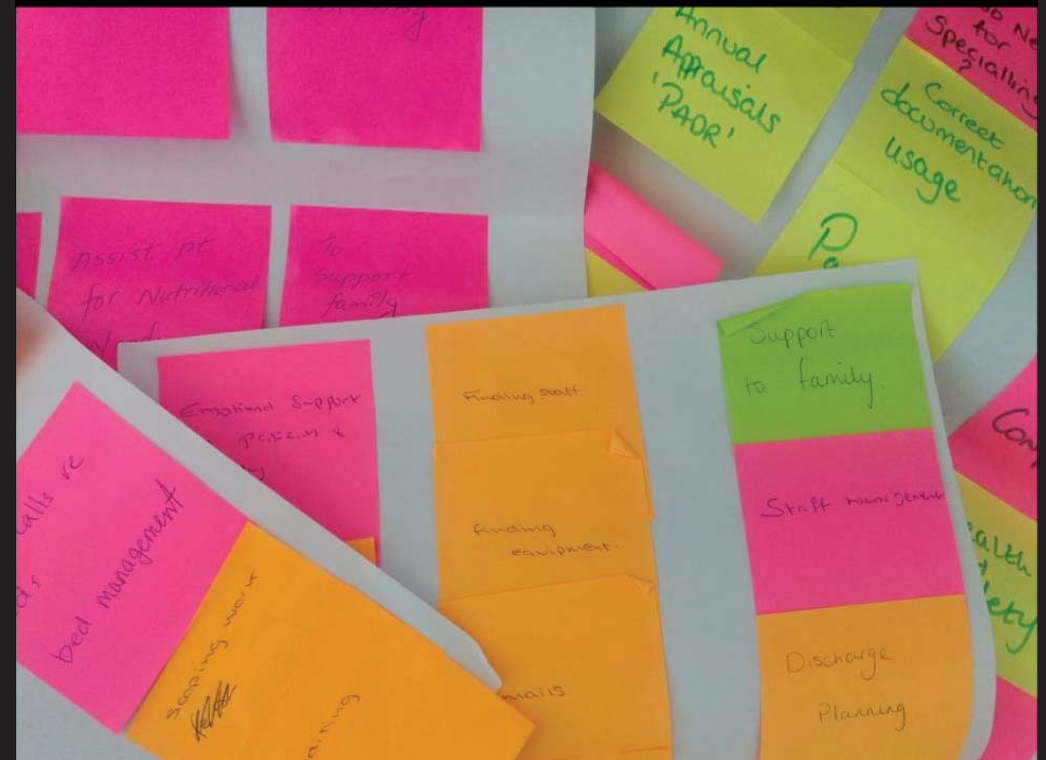
- 11 ward managers and deputies

Newly qualified
nurses

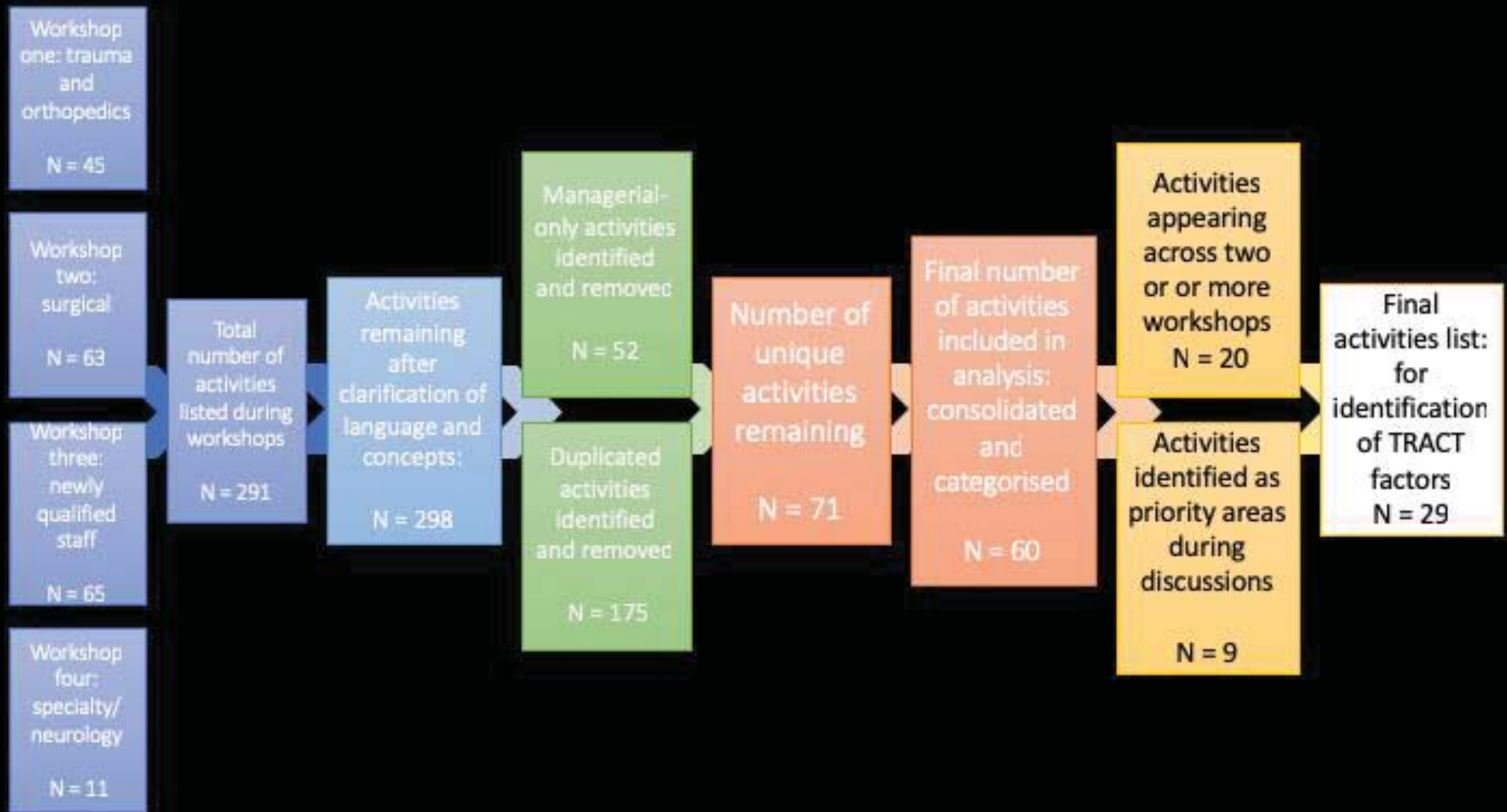
- 5 (A&E; Surgery; Medicine)

stage 1: workshop process

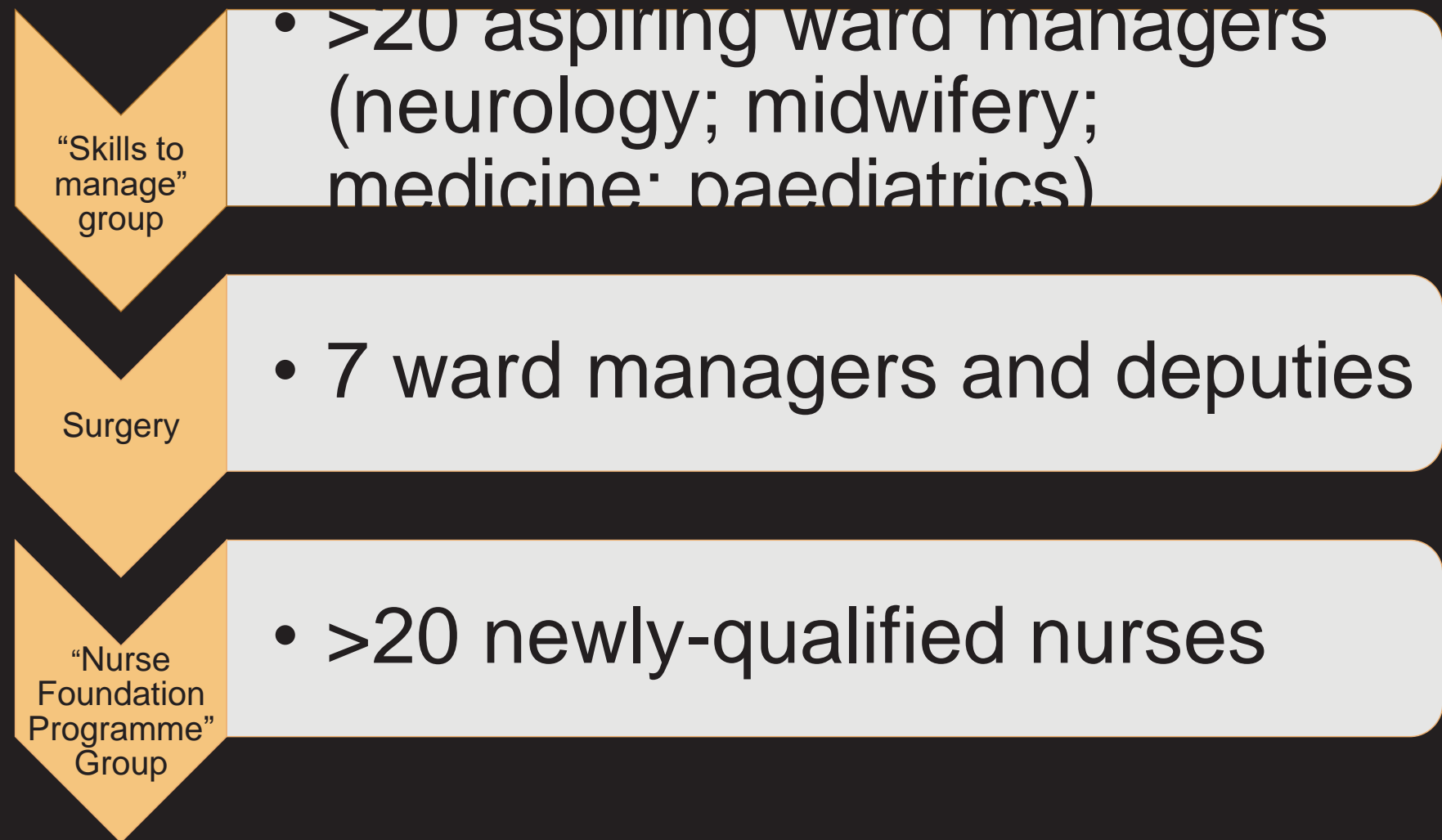
1. introduction to project
2. individuals asked to think freely about the organisational components of role
3. small group conversations to discuss thoughts and how organising work could be measured
4. outputs summarised in a report



stage 1: workshop analysis



stage 2: virtual ward round participants



stage 2: virtual ward round process

Mary Jones
Age: 73

PMH
Type 2 diabetes controlled by diet and tablets.
COPD

Social history:
Lives in 3 bedroom house with her husband who has dementia she is his main carer. Son lives locally and is supportive. Currently has no support from social services

Admitted with CAP, on IV antibiotics QDS, 3l O2 via nasal specs

PDD 5th December

Fares Cortes
Age: 42

PMH
Type 2 diabetes diet control
Ca lung

Social history
Lives with wife one bedroom house
Admitted with increased shortness of breath for lung pleurodesis

PDD 2nd December ? needs palliative care input not discussed with patient/family

Trajectory Complexity Assessment Tool (TRACT)		Patient name			Patient name		
		Mary Jones			Fares Cortes		
		Level one	Level two	Level three	Level one	Level two	Level three
Care Needs	Diagnostic certainty; Existence of co-morbidities; Accumulative complexity – co-existing conditions interact; Predictability		X				X
Care Providers	Disciplines involved; Team member familiarity; Ease of communication; Family involvement		X				X
Psychological	Cognitive impairment; Psychological impact; Learning disability	X					X
Social	Family/social network; Cultural considerations; Accommodation			X			X
Financial/legal	Funding issues; Power of attorney; Guardianship		X			X	
Interventions	Procedures; Research/Clinical Trial	X				X	
Materials	Assistive technologies; Medications management; Expertise; Education; Adaptations	X				X	
Transfers of Care	Discharge complexity; Inter-ward transfers	X			X		
Trajectory Management	Additional trajectory management meetings required			X		X	

1. introduced the TRACT tool
2. read through a 'handover sheet'
3. asked to complete the tool for three patients
4. asked for feedback

stage 2: virtual ward round analysis

Feedback

- participants requested more detailed information on TRACT use
- further explanation of TRACT factors
- clarification of language

Response

- modified list of TRACT factors
- clarification of language
- expanded TRACT Factor prompts
- clearer formatting
- 7 days on a single sheet
- 1 page Quick Guide
- User's Guide

TRACT v0.2 – point of care tool (a)

TRACT Point of Care Tool © Cardiff University, 2018		Patient name:																							
		Date & time:			Date & time:			Date & time:			Date & time:			Date & time:			Date & time:			Date & time:					
Assessment level (low, medium, high- please tick)		L	M	H	L	M	H	L	M	H	L	M	H	L	M	H	L	M	H	L	M	H	L	M	H
TRACT factors	Definition (see guidance sheet for full definitions)																								
Health Status	Factors relating to an individual's diagnosis and health status that may impact on trajectory management.																								
Care Needs	Factors relating to an individual's care needs that may impact on trajectory management.																								
Care Team	Factors relating to the health and social care team that may impact on trajectory management.																								
Social	Factors relating to an individual's social circumstances that may impact on trajectory management.																								
Psychological	Factors relating to an individual's psychological status that may impact on trajectory management.																								
Cognitive	Factors relating to an individual's cognitive status that may impact on trajectory management.																								
Legal	Factors relating to the legal aspects of individual's care that may impact on trajectory management.																								
Financial	Factors relating to financial aspects of an individual's care that may impact on trajectory management.																								
Resources	Factors relating to the organisation and maintenance of an individual's material resources (equipment and/or physical aides) that may impact on trajectory management.																								
Interventions and Procedures	Factors relating to an individual's care and procedures/treatment interventions that impact on care trajectory management?																								
Transfers of Care	Factors relating to the information requirements of admission, discharge and transfers of care which may have an impact on trajectory management.																								
OVERALL TRACT ASSESSMENT (low, medium or high complexity)																									

TRACT v0.2 – point of care tool (b)

TRACT Guidance	<i>This table is designed to help guide thinking around some of the issues, questions and concerns that relate to the various TRACT factors involved in Care Trajectory Management work. These examples are a rough guide: you are encouraged to edit this list in order to tailor the tool for use in your particular clinical setting.</i>	
TRACT factors	Definition	Examples to consider when assessing Care Trajectory complexity
Health Status	Factors relating to an individual's diagnosis and health status that may impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - How certain is the individual's diagnosis? - Does the individual have more than one health condition? - If the individual has more than one health condition, do they affect each other? - How stable is the individual's condition? - How familiar is the nursing staff with the individual's health needs?
Care Needs	Factors relating to an individual's care needs that may impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - What is the extent of the individual's care needs? - What is the complexity of the individual's care needs? - How stable and predictable are the individual's care needs? - How familiar is the nursing staff in meeting the individual's care needs?
Care Team	Factors relating to the health and social care team that may impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - How many different health and social care providers are involved in the case? - Are the team familiar with each other? - How easy is it for all team members to communicate and share information and knowledge about the individual? - Is there agreement within the team about care and treatment plans? - Is there agreement between the individual/family and health/social care team about care and treatment plans? - Is there a requirement for case conferences or dedicated multidisciplinary team meetings?
Social	Factors relating to an individual's social circumstances that may impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - Does the individual have the support of a family/social network? - Do the individual and family agree on their health and social care arrangements? - Does the individual's family/social network have implications for their health and social care arrangements? - Are there cultural considerations that impact on individual's health and social care arrangements?
Psychological	Factors relating to an individual's psychological status that may impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - Is the individual affected by the psychological impact of an illness or injury? - Is the family affected by the psychological impact of the individual's illness of injury?
Cognitive	Factors relating to an individual's cognitive status that may impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - Does the individual have problems with memory? - Does the individual have problems with thinking skills? - Does the individual have a learning disability?
Legal	Factors relating to the legal aspects of individual's care that may impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - Are there safeguarding/guardianship issues involved in the case? - Are there issues relating to decision making and power of attorney in the case?
Financial	Factors relating to financial aspects of an individual's care that may impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - Are there issues in relation to the funding of care arrangements?
Resources	Factors relating to the organisation and maintenance of an individual's material resources (equipment and/or physical aides) that may impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - Does the individual require equipment and/or physical aides to support their health and social care needs? - Does the ward/unit have in place the equipment and aides required? - Are adaptations and/or modifications to the individual's home required? - Are special arrangements required to support medications management? - Is there a requirement for education and knowledge sharing with non-specialist care providers? - Is there a need for education and knowledge sharing with individuals and/or family?
Interventions and Procedures	Factors relating to an individual's care and procedures/treatment interventions that impact on care trajectory management?	<ul style="list-style-type: none"> - Is the individual scheduled to undergo any procedures: surgery; diagnostic tests; interventions? - How familiar is the nursing staff with the requirements for these procedures?
Transfers of Care	Factors relating to the information requirements of admission, discharge and transfers of care which may have an impact on trajectory management.	<ul style="list-style-type: none"> - Has the individual been transferred from another department/ward/hospital? - Does the plan of care involve transfers of care? - Are the arrangements for discharge complex?

TRACT v0.2 – quick guide



Trajectory Complexity Assessment Tool (TRACT)

What is TRACT?

TRACT is an evidence-based tool to support nurses' professional judgement in assessing and measuring the Care Trajectory Management workload.

What is Care Trajectory Management?

Care Trajectory Management is the work involved in the organization and coordination of patient care.

Why have we developed TRACT?

TRACT has been developed to enable assessments of the complexity and volume of Care Trajectory Management work to inform workforce planning and safe nurse staffing decision-making.

How does TRACT work?

- TRACT provides a framework to guide the systematic assessment of the volume and complexity of an individual patient's Care Trajectory Management.
- TRACT lists 11 TRACT Factors known to impact the workload of Care Trajectory Management.
- Each individual TRACT Factor is first scored as high, medium or low, the assessor then decides on a summative TRACT score based on the overall patient profile.
- TRACT assessments should reflect the demands and complexity the management of an individual Care Trajectory presents for staff in your clinical area.
- TRACT Factors are deliberately broad so they can be applied to a wide range of contexts.
- Each TRACT Factor includes example questions designed as prompts; these are offered as a guide only, it is important that you take into account those factors that matter in your clinical area and Ward Managers may choose to develop ward-specific questions/prompts.
- Individual TRACT scores for the unit/ward can be recorded to provide an overview of the volume, complexity and type of care trajectory management work.

Contact details for questions or feedback:
TRACT@cardiff.ac.uk

More information can be found:
<http://www.theinvisibleworkofnurses.co.uk>



What can TRACT do?

- At patient level TRACT scores can be used to inform care planning
- At a unit level TRACT gives an overview of the volume, complexity and type of trajectory management work in a clinical area.
- TRACT can be used on a regular basis to inform staff allocation.
- TRACT can be used as a snapshot of activity alongside clinical acuity tools and other indicators for the purposes of informing safe nurse staffing levels.
- TRACT can be used as a diagnostic tool to systematically investigate changes in workload and shifting demand patterns.

How do I use TRACT?

- Consider each TRACT Factor and assess the level of complexity – low, medium, high - they present for the individual's Care Trajectory Management in your clinical area.
- TRACT provides a Care Trajectory profile of each TRACT Factor.
- Review the profile of TRACT Factor scores to inform your professional judgement in reaching an overall Care Trajectory Complexity assessment.

How has TRACT been developed?

TRACT is based on Cardiff University Research on the organisational aspects of nursing care and a programme of research on patient care trajectories. TRACT has been developed in partnership with nurses from Cardiff and Vale University Health Board.



TRACT v0.2 – user's guide

stage 3: piloting participants

Vascular Surgery

Neurological Surgery

Medicine

Neurological Rehabilitation

stage 3: piloting process

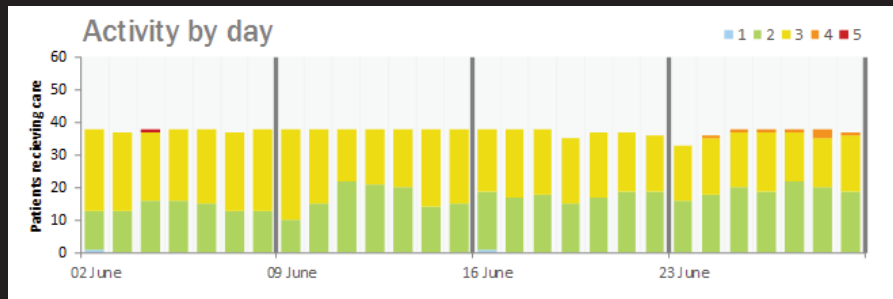
- October – December 2018
- 3 wards used TRACT for 7 days
- 1 ward used TRACT for 3 days
- TRACT team summarized data and shared heat maps with the ward
- follow up interviews (3/4)
- triangulation of TRACT results with Welsh Levels of Care Tool



stage 3: piloting analysis

- TRACT intuitive and easy to use
- 11 Factors
- underlying purpose valued
- heat maps seen as valuable
- 1 ward asked to continue using tool beyond the pilot
- significant time and resource pressures - unable to delegate, ward managers completed the task themselves
- difficult to fit alongside routine work in paper form
- little time to read through user's guide – face to face meetings (Evans) guided understanding and implementation of the tool

stage 3: triangulating TRACT with the Wales Levels of Care Tool



	Patient 1 PD	Patient 2 AC	Patient 3 NT	Patient 4 IM	Patient 5 ES	Patient 6 JB	Patient 7 SP	Patient 8 DS	Patient 9 AW	Patient 10 JH	Patient 11 CP	Patient 12 PP	Patient 13 LW	Patient 14 HE	Patient 15 DO	Patient 16 SC	Patient 17 JB	Patient 18 SB	Patient 19 JD
Health Status	Red	Yellow	Red	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Care Needs	Yellow	Yellow	Red	Red	Yellow	Red	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Red	Red	Red	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Care Team	Red	Yellow	Yellow	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Yellow	Red	Red	Red	Yellow	Red	Yellow	Red	Red
Social	Red	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Yellow	Red	Yellow	Red	Yellow	Red	Red
Psychological	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Red	Red	Red	Red	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red
Cognitive	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Red	Red	Green	Red	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Legal	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green
Financial	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Yellow	Yellow	Green	Green	Green
Resources	Yellow	Green	Red	Yellow	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green
Interventions and Procedures	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green
Transfers of Care	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Red	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green

stage 3: what does triangulation tell us?

Staffing Levels

- Medical patients have significant care needs which can often be addressed by an unregistered workforce under the supervision of a registrant.
- The co-ordination and organising workload is demonstrably high, in any discussion regarding the establishment this would support the need for a registrant workforce to support this

Diagnostics

- Why is the 'care team' viewed as such a demanding and complex aspect of care delivery – can work be done to look into this and see what improvements can be made?
- Psychological support and cognition are clearly factors in trajectory management – how much support do ward nurses have in managing this?
- Action: reduce complexity where possible and support

Where are we now?

Next steps?

- complete pilot
- E-TRACT
- develop web resource
- international sense-checking
- test in other specialist areas
- finalise TRACT web resource
- implementation

Tract V1.0

TRACT

admin@tract.com

Patient TRACT Assessment

Home | Patients | Patients

SAVE

Status
Completed Surveys 15

DETAILS

ID: 1000
Name: Polona Stefanić
Created Date: 30.11.2018

March 2019

Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
24	25	26	27	28	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6

LOW MEDIUM HIGH

Overall Tract Assessment

- 1 Health Status** (LOW MEDIUM HIGH)

Definition
Factors relating to an individual's diagnosis and health status that may impact on trajectory management.

Questions

 - How certain is the individual's diagnosis?
 - Does the individual have more than one health condition?
 - If the individual has more than one health condition, do they affect each other?
 - How stable is the individual's condition?
 - How familiar is the nursing staff with the individual's health needs?

- 2 Care needs** (LOW MEDIUM HIGH)
- 3 Care Team** (LOW MEDIUM HIGH)
- 4 Social** (LOW MEDIUM HIGH)
- 5 Psychological** (LOW MEDIUM HIGH)
- 6 Cognitive** (LOW MEDIUM HIGH)
- 7 Legal** (LOW MEDIUM HIGH)



Ward



Factors



Patients

Ward Case Load [Home](#) | [Ward](#)

03/01/2019 03/07/2019

Patient Name	2019-03-01	2019-03-02	2019-03-03	2019-03-04	2019-03-05	2019-03-06	2019-03-07
Polona Stefanic							
John Doe							
Jane Smith							
Alison Evans							

TRACT Factors [Home](#) | [Factors](#)

All Patients ▾ 03/01/2019  03/07/2019 

TRACT Factor	2019-03-01	2019-03-02	2019-03-03	2019-03-04	2019-03-05	2019-03-06	2019-03-07
Health Status	Blue	Green	Green	Green	Green	Green	Blue
Care needs	Green	Blue	White	Blue	Blue	Green	Blue
Care Team	Blue	Blue	Green	Blue	Blue	Green	Green
Social	Green	Blue	Blue	Green	Green	Blue	Blue
Psychological	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Blue	Green
Cognitive	Blue	Green	Blue	White	Blue	Green	Green
Legal	Blue	Blue	Blue	White	Blue	Blue	White
Financial	Blue	Blue	Blue	White	Blue	Blue	White
Resources	Blue	Blue	Blue	White	Blue	Blue	Green
Interventions and Procedures	Blue	Blue	Blue	White	Blue	Blue	Green
Transfers of care	Blue	Blue	Blue	White	Green	Blue	Green

want to know more?

Allen, D. (2018) Care Trajectory Management: A conceptual framework for formalising emergent organisation in nursing practice, Journal of Nursing Management 00: 1-6

Allen, D. (2018) Analysing healthcare coordination using translational mobilization theory, Journal of Health Organization and Management, Vol. 32 Issue: 3, pp.358-373, <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2017-0116>

Allen, D. (2018) Translational Mobilization Theory: A new paradigm from understanding the organisational components of nursing work, International Journal of Nursing Studies, 79 (February 2018): 36-42

Allen, D. (2015) The Invisible Work of Nurses

Allen, D. (2015) Inside 'bed management': Ethnographic insights from the vantage point of UK hospital nurses, Sociology of Health and Illness 37 (3): 370-384 [nominated for the Thinking Allowed ethnography award]

Allen, D. (2014) Reconceptualising holism within the contemporary nursing mandate: from individual to organisational relationships, Social Science and Medicine 119: 131-138

Allen, D. et al Integrating preparation for care trajectory management into nurse education: competencies and pedagogical strategies, Nursing Inquiry (In press)

<https://theinvisibleworkofnurses.co.uk>

<https://www.translationalmobilisationtheory.org/development-of-tmt>

TABLE RONDE « COMPÉTENCES ET FORMATIONS »

Emmanuelle Guillet

Directrice Générale de l'ANFH

Marilène Guillet

Cadre de santé, Département Ambulatoire - Institut Gustave Roussy

Dominique Somme,

Professeur de gériatrie, Faculté de médecine - Université Rennes 1

Animation : Mathias Waelli, EHESP

NOUVEAUX MÉTIERS: RÉPONSE AUX BESOINS DU PARCOURS

Le contexte :

- Attentes des patients (Muco / Onco / diabeto...)
- Evolution de la santé (Economiques / Offre de soins / compétences...)
- Evolution des outils (Numériques / communication...)

La réalité sur le terrain :

- Modification des organisations
- Mise en place d'expérimentations
- Partage des rôles

**Coordination / Collaboration / Coopération / expertise
clinique / pratiques avancées**

LE TERRAIN À GUSTAVE ROUSSY

Coordination des soins externes : soins complexes à domicile

Les compétences

transversalité	Ville / hôpital	Support	Information	Evaluation	Personnalisation
Anticipation	Adaptation	Protocoles	Coopération	Autonomie	

Evaluation en Pneumologie : vulnérabilités

Les compétences

Evaluation	Orientation	Support	Education	Priorisation	Personnalisation
Anticipation	Adaptation	Organisation	Coopération	Medical	

LE TERRAIN À GUSTAVE ROUSSY

Capri: Toxicité chimio orale

Les compétences

transversalité

pharmaco

Support

Information

Médical

Personnalisation

Anticipation

Adaptation

gradation

Coopération

Autonomie

Régulation Chirurgicale: post-opératoire non programmé

Les compétences

Evaluation

Orientation

Protocoles

Expertise

Priorisation

Personnalisation

Anticipation

Adaptation

Organisation

Collaboration

Médical

NOUVEAUX MÉTIERS: MODIFICATION DU POSITIONNEMENT

Des besoins communs

- > L'évaluation du patient dans son contexte de vie
- > La coopération transversale et pluri-professionnelle
- > La gestion du parcours
- > L'adaptation des outils (apport du numérique)
- > L'objectif qualité

Des difficultés à intégrer

- > La place et le rôle de ces métiers
- > La légitimité sur des compétences non soignantes (législation / informatique / procédures / prise de décision)
- > L'absence de financement réellement fléché (T2A)
- > L'articulation avec les structures internes et externes

NOUVEAUX MÉTIERS: ENJEUX DE FORMATION COMPLEXE

Extension des connaissances cliniques et organisationnelles

- > Passer de l'expertise à la pratique avancée
- > Intégrer des connaissances au-delà du soins

A callout box with an orange border and a tail pointing to the right, containing the text "IDE".

IDE

Modification des styles de management

- > Développer l'autonomie et la transversalité
- > Gérer les interactions entre tous les acteurs du parcours
- > Organiser la traçabilité de l'activité (indicateurs)

A callout box with an orange border and a tail pointing to the left, containing the text "CADRE".

CADRE

Maturation des structures de soins

- > Accompagner l'autonomie et la transversalité « dé-hierarchiser »
- > Décloisonner les secteurs internes et faciliter l'accès aux secteurs externes
- > Rationnaliser le coût/bénéfice

A callout box with an orange border and a tail pointing to the left, containing the text "DIRECTEUR".

DIRECTEUR

LA COORDINATION : NOTION ET PERCEPTION AU SEIN DE LA FPH

Les acteurs hospitaliers définissent la **COORDINATION** comme :

« La **MISE EN RELATION** de personnes, d'équipes, de services, d'activités, d'établissements qui ne l'étaient pas auparavant **POUR LES FAIRE TRAVAILLER AUTOUR D'UN OBJECTIF / D'UN SUJET COMMUN** (soins d'un patient, fusion d'établissements, création d'un nouveau service, plan de formation...) ».

L'objectif essentiel étant d'**APPORTER DE LA TRANSVERSALITÉ** et d'**HARMONISER LES PRATIQUES POUR OPTIMISER** LES ORGANISATIONS, LES PROCESS ET AU FINAL, LES RESSOURCES / LES COÛTS.

Elle est perçue comme encore **PEU NORMÉE ET/OU STRUCTURÉE**.

- ✓ *Dans la majorité des cas, les personnels l'endossent comme une mission supplémentaire à leur fonction initiale (infirmier, éducateur, aide-soignant...).*

Pour autant, elle est **EN COURS DE PROFESSIONNALISATION** avec le développement des **MÉTIERS DÉDIÉS** à la coordination dans les soins et le socio-éducatif (coordonnateur de parcours de santé, de télémédecine, coordonnateur socioéducatif ...) et les fonctions supports (coordonnateur qualité/gestion des risques, formation/DPC...

Source : étude « Management-Coordination » réalisée par l'ANFH, avec l'appui de BVA, dans le cadre des cartographies des métiers Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté (2018)

LE PROFIL DES COORDONNATEURS.TRICES DE PARCOURS EN SANTE

Données issues de la cartographie ANFH des métiers de la FPH en Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté (au 31/12/17)



7 COORDONNATEURS.TRICES DE PARCOURS SUR 10 SONT INFIMIER.E.S, MAIS D'AUTRES PROFESSIONS SONT AUSSI REPRESENTEES

Grade	Effectif	Pourcentage
Aide-soignant et ashq	4	6,6%
Attaché d'administration hospitalière	1	2,5%
Cadre de santé	1	2,8%
Infirmiers en soins généraux et spécialisés	37	71%
Ingénieur hospitalier	2	5,6%
Moniteur éducateur	3	8,4%
Technicien et technicien supérieur	2	2,8%
Total	50	100,0%

9 SUR 10 SONT DES AGENTS TITULAIRES DE LA FPH

Statut	Effectif	Pourcentage
TITULAIRE	44	86,1%
CONTRACTUEL	6	13,9%
Total	50	100,0%

6 SUR 10 ONT PLUS DE 45 ANS

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
De 30 à 44 ans	17	34,8%
De 45 à 54 ans	25	47,4%
De 55 à 59 ans	9	17,8%
Total	50	100,0%

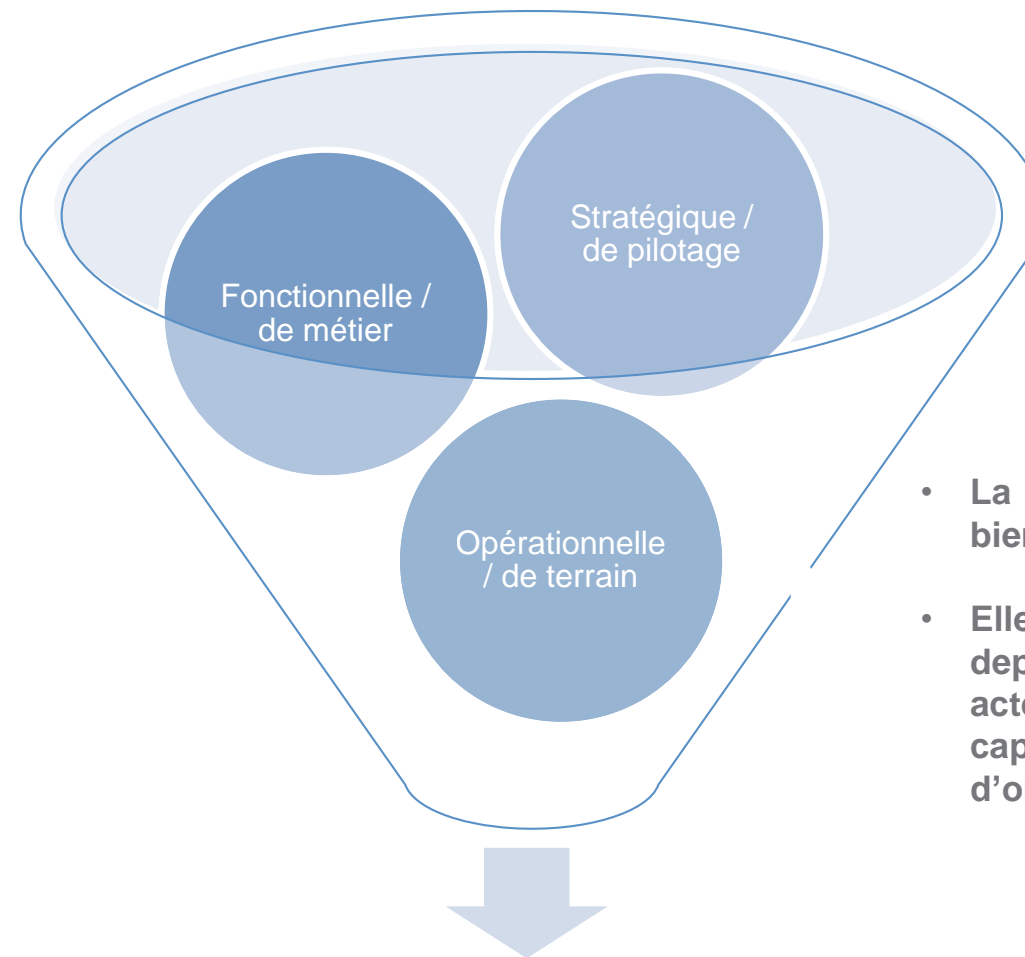
9 SUR 10 SONT DES FEMMES

Genre	Effectif	Pourcentage
Femme	45	89,0%
Homme	5	11,0%
Total	50	100,0%

1 SUR 2 TRAVAILLE DANS UN CHR(U)

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
CHR(U)	26	52,0%
CH	18	36,0%
CHS	3	6,0%
EHPAD	0	0,0%
HANDICAP	3	6,0%
Total	50	100,0%

LA COORDINATION : UNE FONCTION TRI-DIMENSIONNELLE



- La coordination concerne aussi bien des acteurs que des activités
- Elle concerne chaque strate, depuis le management jusqu'aux acteurs de terrain qui doivent être capables, à leur niveau, d'organiser et de se coordonner

COORDINATION

LA COORDINATION : UNE FONCTION QUI REQUIERT DES COMPETENCES PROCHES DE CELLES DES FONCTIONS D'ENCADREMENT...

Pour les personnes interrogées, la « coordination » implique de posséder des compétences qui ne sont pas propres à la seule fonction de « coordination », mais également requises pour l'encadrement

GÉRER L'HUMAIN

- **Donner envie** aux différents acteurs de travailler ensemble : écoute, négociation, sens commun...
- **Animer un collectif** : créer de la motivation, gérer des désaccords, savoir faire parler entre eux des personnes aux fonctions différentes

MAÎTRISER LES OUTILS DE GESTION ET D'ORGANISATION DU TRAVAIL

- **Maîtriser les outils de gestion et de suivi de projets** : outils de reporting et suivi d'activité, la mise en place de tableaux de suivi d'activité, la gestion du planning, etc.
- **Savoir organiser et planifier les activités des équipes/professionnels**, les conditions de leur travail,

CONNAÎTRE ET FAIRE COÏNCIDER AU MIEUX

- Connaître les ressources, moyens et outils à sa disposition
- Connaître les missions / activités de chacun pour répartir au mieux le travail, pour organisation optimale

ADOPTER UNE POSTURE DE « LEADER »

Pour se faire écouter des autres acteurs en présence et à coordonner

SAVOIR EXPLIQUER LES ENJEUX

- Savoir définir et expliciter un axe / un objectif clair à suivre,
- Savoir expliciter le rôle de chacun
- Restituer, rendre compte et formaliser les avancées : l'animation de réunion, la rédaction de comptes-rendus efficaces (faciles à lire, à partager, à commenter)

... AINSI QU'UNE FORTE LEGITIMITE

Pour les personnes interrogées, la coordination ne peut être réellement mise en œuvre que si celui qui l'initie est **RECONNU, LEGITIME** auprès de ses pairs.

Une légitimité perçue comme reposant aujourd'hui beaucoup (trop) sur **LE STATUT ET LE SAVOIR / L'EXPERTISE** du coordinateur.

Des caractéristiques dont les acteurs qui coordonnent aujourd'hui considèrent **NE PAS DISPOSER TOUS DE LA MÊME FAÇON.**

*« Forcément, il faut avoir l'expertise de ce dont on va parler, donc je pense que ça nécessite **une formation assez pointue au départ. En plus, il faut avoir la reconnaissance de cette compétence-là par ses pairs et, ses pairs, ça veut dire les différents établissements avec lesquels on va travailler.** »*

DES BESOINS DE FORMATION ET DE PARTAGE D'EXPERIENCES

L'ENVIRONNEMENT DU COORDONNATEUR

- Informer sur les acteurs, leurs rôles, leurs besoins, leurs contraintes. Les activités mobilisables.
- Former à l'utilité et au fonctionnement des outils de partage de l'information

LA POSTURE DU COORDONNATEUR

- Savoir « orchestrer », leader, s'imposer si nécessaire
- Savoir se positionner par rapport à des personnes hiérarchiquement plus « gradées »

LA COMMUNICATION

- Savoir raconter son poste
- Savoir expliciter une stratégie / des enjeux / des directives
- Savoir rendre compte des avancées / des progrès : savoir rédiger des comptes-rendus

LE MANAGEMENT

- Savoir gérer les individualités, mais surtout un groupe
- Savoir gérer des conflits

Parallèlement, certains coordonnateurs souhaiteraient suivre une formation qui rappelle les bases de ce qui est attendu d'eux avec plus particulièrement **DES FORMATIONS SUR :**

- **LA DÉFINITION DES FONCTIONS DU COORDONNATEUR**, de ce qu'est la coordination en se référant aux textes,
- **EXPLICITER la MÉTHODE DE TRAVAIL DU COORDONNATEUR pour atteindre l'objectif visé, donner des feuilles de route « types » :** 1) faire un état des lieux 2) fixer un objectif 3) créer un consensus autour de cet objectif 4) définir des étapes, etc.,
 - Mettre en place un kit du coordinateur où seraient présentés des use case (structurer par exemple des parcours patients)
- **DES FORMATIONS PLUS THÉMATIQUES** sur la coordination de la formation des salariés dans le cadre d'un **GHT** : le cadre général de la coordination, les process à mettre en place / les objectifs à atteindre, les outils facilitant le partage d'information.

Et des attentes très fortement exprimées en ce qui concerne le **PARTAGE D'EXPÉRIENCES** avec d'autres équipes/personnes ayant exercé des fonctions similaires pour comprendre ce qui a bien fonctionné, les difficultés, etc. Le besoin de concret.

LES FORMATIONS EXISTANTES

- Perception, par les professionnels, d'un **nombre restreint de formations spécifiques** à la fonction de coordination du fait :
 - d'une fonction qui n'est **pas totalement normée**
 - d'une **diversité de thématiques, situations et publics concernés** rendant complexe l'idée de formation transversales sur le sujet.
- Mais différentes initiatives pour accompagner les métiers émergents et/ou le développement de nouvelles compétences - ex :
 - **Masters** sur la coordination des parcours
 - Formations sur la **gestion de projet**, le positionnement / la posture de coordinateur...
 - **Case management**, temps d'échanges et de partage de bonnes pratiques...

LES FORMATIONS ET FINANCEMENTS PROPOSES PAR L'ANFH

- **COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS :**

- Mettre en œuvre des organisations médicales et soignantes autour des filières du PMP et du PSP dans le cadre d'un GHT
- Amélioration du parcours de soins des personnes handicapées en situation complexe entre équipes sanitaires et médico-sociales
- Rôle et place des personnels médico-administratifs dans les parcours de soins
- Rôle du coordonnateur au sein des établissements du secteur du handicap et de l'enfance...



- **PRISE EN COMPTE DES IPA DANS LES POLITIQUES REGIONALES « ETUDES PROMOTIONNELLES »**

- **FORMATIONS SUR D'AUTRES CHAMPS DE COORDINATION - ex :**

- Formation-action « Coordination de la formation au sein d'un GHT »
- Animation de la fonction Achat en GHT...

DIU GESTIONNAIRE DE CAS : RETOUR D'EXPERIENCE

Dominique SOMME

UNIVERSITÉ RENNES

GESTIONNAIRE DE CAS

- Professionnel dédié à la coordination des interventions pour les personnes en situation complexe
- Population à haut risque (requérant des services multiples, considéré comme relevant d'une institutionnalisation...)
- Faible charge en cas (<60 par définition, <40 en pratique)
- Suivi intensif (contacts > 4/an) et à domicile (ou ailleurs selon l'endroit où se trouve la personne)
- Réponse à plusieurs niveaux
 - Au niveau de la personne
 - Au niveau du système
- Approche qualité, traçabilité, amélioration continue

TheKingsFund>

Ideas that change
health care

Authors
Shilpa Ross
Natasha Curry
Nick Goodwin

November 2011

Case management

What it is and how it can best be implemented



Key messages

- Case management is an established tool in integrating services around the needs of individuals with long-term conditions.
- It is a targeted, community-based and pro-active approach to care that involves case-finding, assessment, care planning, and care co-ordination.

UN PEU D'HISTOIRE

- Case management apparu dans les années 1970 aux USA
- Gestion de cas et concept d'intégration (modélisation PRISMA) apparue dans les années 1990 au Québec
- En 2003 : Québec gestionnaires de cas en poste:
 - Aucun n'avait eu de formation universitaire/diplômante en gestion de cas (tous avait eu une formation ad-hoc sur quelques jours)
 - Aucun n'était embauché sur son poste de gestionnaire de cas (→ en 2004 > 10 ans après 1eres expériences de gestion de cas)
- PRISMA France 2006-2010
 - Une expérimentation sur l'intégration
 - La gestion de cas comme une des dimensions de l'intégration
 - Développement d'un DU

HISTOIRE GESTION DE CAS EN FRANCE

- Introduite en France /Plan Alzheimer 2008-12
- Rapport Ménard, rapports PRISMA France
- Champ professionnel ≠ métier
- Référentiel compétence et activités (arrêté 16 nov 2012), fiche de poste (MAIA BO 15 nov) MAIA = champ de la GC (Intégration et GC)
- Formation par DIU (arrêté)
- Du puis DIU influences :
 - Programme universitaire de GC. Sherbrooke, Québec
 - Programme universitaire publié Université catholique Rome
 - Programme universitaire (Internet) Université de Californie
 - Collectif inter-associatif (Fce Alzh, AFM, APF, Trisomie 21 F, Collectif Handicap Autonomie, Sidaction)
 - Retours association française des GC / étudiants

PREMIÈRE PROMOTION

- Entre 60 et 80 personnes par promotion
- Beaucoup d'interactivité
- Des professionnels motivés
 - 1/3 TS
 - 1/3 IDE
 - 1/3 Autres (Ergo, Psycho...)
- Une identité forte rapide (collègues)
- L'association

PAROLES DE PREMIER GESTIONNAIRES DE CAS

- Intérêt de la formation
 - Clarification des concepts sous-jacents
 - « *révolution de la façon de travailler* »
 - Échanges entre gestionnaires de cas et experts
 - « *je me suis rendue compte que mes collègues avaient les mêmes flous, mais en les mettant en commun les flous, ils devenaient un peu moins flous, en tout cas cela prenait du sens avec ce que chacune apportait finalement cela se construit avec nos questionnements on arrivait à en faire quelque chose.* »
 - Liens de la pratique avec la formation
 - « *l'intérêt que cela soit échelonné c'est qu'entre temps on a des vécus, on a les situations dont on s'occupe et quand on revient on voit les choses différemment.* »
- Besoin de poursuivre rencontres entre GC

DU PUIS DIU

- Paris Descartes (comité pédagogique non médical, > 50% des heures par des non médecins, jury pluripro)
- Entre 2011 et 2013 : Nantes, Lille, Bordeaux, Marseille puis Lyon, puis Martinique, puis Rennes et Montpellier
- Coordonnateur national du DIU (Paris puis Rennes)
- Même nombre d'heures avec des GC, même modalité de contrôle de connaissances, même programme global
- Une formation homogène pour un exercice de plus en plus hétérogène
- > 1000 GC formés depuis 2009
- Arrêt coordination nationale du DIU (voire DIU) en 2019

LES LEÇONS?

- formation universitaire, unique des GC : facteur de succès de l'expérimentation PRISMA puis MAIA
- formation coordination = interdisciplinaire
- Coordination = mot piégé (entre organisation/clinique)
- repositionnement des professionnels et apprentissage de l'effet « système » attendu de la gestion de cas/coordination
- formation = occasion communauté de pratique
- nouveau champ professionnel? fonction? profession? métier ?
- durée de formation pour ce genre de métier/fonction... ?
- niveau de diplôme pour ce genre de métier/fonction... ?
- spécialisation des métiers de la coordination intensive (par population) ?
- formation coordination = nécessité d'une politique cohérente sur le contexte du métier

DEMAIN LES « IPA » EN FRANCE

- Infirmières de pratique avancées : IPA diplôme de grade Master
- Décret création IPA juillet 2018
- Ouvert à Rennes en octobre 2018 → premier IPA en 2020
- Dans décret « coordination »
 - Niveau personne
 - Pas d'action système attendue
- Nombreuses UE avec temps de formation en coordination
- Décret et autres décrets en attente : champ professionnel défini
- Contexte flou : articulation gestionnaire de cas/ coordonnateurs PTA/ auxiliaire médicaux/ multiples coordonnateurs médico-sociaux/ médecin traitant?
- Légitimité du formateur en coordination?
- Légitimité de la coordination?
- Homogénéité de la formation? → expertise en coordination versus expertise en diagnostic/thérapeutique

SYNTHESE DE LA JOURNEE

Etienne MINVIELLE

MD, PhD Centre de Recherche en Gestion

Ecole Polytechnique - CNRS

FIN DE LA JOURNÉE

Merci pour votre participation

Et à l'année prochaine