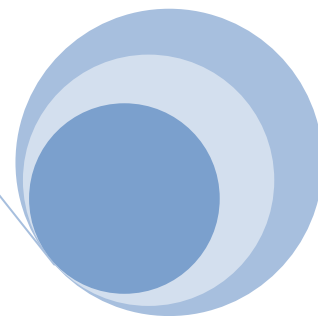


Université René Descartes – Paris V

Faculté Cochin – Port Royal



**LE RÔLE DE L'INFIRMIER(E)
COORDINATEUR DANS LA MISE EN
PLACE DE L'INFORMATISATION DU
CIRCUIT DU MÉDICAMENT**

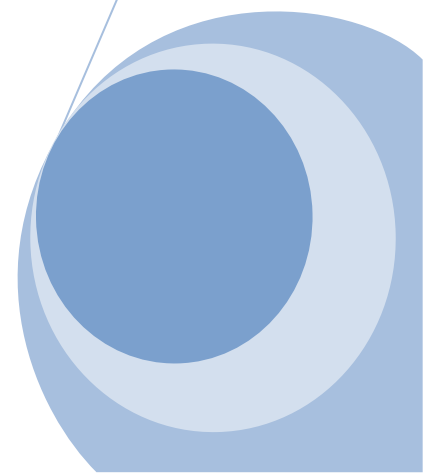
MME PARDOËNS ETIENNETTE

DU de Formation à la fonction d'Infirmier(e) Référent

En EHPAD et en SSIAD

Année 2013-2014

Directeur de mémoire : Docteur Marie Laure BARRAULT



REMERCIEMENT

Je remercie toutes les personnes croisées professionnellement qui m'ont enrichies et qui m'ont donné l'envie d'évoluer vers un poste d'infirmière coordinatrice d'EHPAD.

Je remercie mes proches pour leur soutien et leur encouragement lors de l'élaboration de ce mémoire.

Merci aux professionnels qui m'ont accordé du temps pour répondre au questionnaire.

Je remercie enfin mon tuteur de mémoire, Mme BARRAULT pour son aide lors de l'élaboration du plan et du questionnaire, dans le cadre de réalisation du mémoire de fin d'étude.

INTRODUCTION

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) doivent répondre à des enjeux en termes d'organisation, de pilotage, de traçabilité et de sécurité en fondant leurs avancées sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (anesm).

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication font déjà partie intégrante de l'environnement des professionnels de santé pour la gestion administrative et financière, secteurs dans lesquels l'assistance informatique n'est plus discutable. Maintenant, dans un processus de qualité et de sécurité, des logiciels permettent de relier les différents intervenants de la chaîne de soins entre eux, ceci, dans le but d'optimiser le suivi individuel du parcours de soins des résidents et d'améliorer la conduite collective sur la chaîne de soin médicale, tout en assurant la confidentialité.

L'informatisation constitue une voie privilégiée pour l'amélioration de la qualité du circuit du médicament afin d'obtenir une meilleure observance et prévenir l'iatrogénie. En outre, le recours informatique consolide le partage des informations entre les acteurs. L'informatisation du circuit du médicament apporte un axe qualité dans la traçabilité de son dossier médical et dans la prise en charge globale des résidents au sein de l'institution. Notre EHPAD s'est équipé du logiciel de soin Titan en début d'année. La mise en place nous a amené à une réflexion pour favoriser l'adhésion des acteurs du circuit du médicament informatisé. En particulier lors de la première étape du circuit qui est la prescription médicale informatisée.

Infirmière de formation, lors de mes différentes expériences professionnelles hospitalières, j'ai suivi les évolutions de l'informatisation du dossier soin et le monde gériatrie.

Après avoir effectuée des vacances infirmières dans plusieurs EHPAD, j'ai accepté le poste d'infirmière coordinatrice dans un EHPAD privé à but lucratif de 84 lits en zone rurale, appartenant à un groupe de 40 EHPAD. J'ai constaté que le secteur de la gériatrie est en pleine mutation, ce qui m'a amené à désirer approfondir mes connaissances afin de mieux appréhender mes nouvelles fonctions. De plus, ma formation initiale à l'institut de formation aux

soins infirmier(IFSI) ne comprenait à l'époque aucun module visant à assurer les fonctions de coordination et d'encadrement que j'assume aujourd'hui, ceci ayant renforcé alors ma décision d'entreprendre ce diplôme universitaire spécifique.

Dans un premier temps, à travers une étude théorique, je présenterai le circuit du médicament préconisé par la Haute Autorité de Santé et le rôle de l'IDEC ensuite je vous propose d'aborder la mise en place du circuit du médicament informatisé et puis l'analyse de la démarche pour l'adhésion des médecins traitants à la prescription informatisée à partir d'échanges d'expérience d'autres EHPAD.

TABLE DES MATIÈRES

I.	LE CIRCUIT OPTIMAL DU MEDICAMENT	7
A.	Prescription par le médecin Traitant	7
B.	Dispensation par le pharmacien	9
C.	Administration par l’infirmier	9
D.	L’infirmier(e) coordinateur	10
1.	Membre de l’équipe de direction	11
2.	Relation avec les résidents/les familles	12
3.	Management de l’équipe soignante	12
4.	Relais entre l’équipe et les intervenants extérieurs.	13
5.	La gestion des produits liés aux soins	13
6.	Relation avec le réseau externe gérontologique	13
7.	Tutorat	14
II.	MISE EN PLACE DU CIRCUIT MEDICAMENTEUX INFORMATISE	14
A.	Etat des lieux avant informatisation	14
1.	Le dossier de soins du résident	14
2.	Comment	15
B.	Mise en œuvre de l’information du circuit du médicament	16
1.	La méthodologie ISHIKAWA	16
2.	L’objectif	17
3.	Le coût	17
4.	Les bénéfices attendus	18
III.	Echanges d’expériences	19
A.	Méthodologie	19

B. Le questionnaire	19
1. Public interrogé.....	19
2. Les résultats	20
3. Analyse	25

I. LE CIRCUIT OPTIMAL DU MEDICAMENT

Cette démarche pluridisciplinaire doit fédérer l'ensemble des professionnels de santé et est soutenue par la direction au bénéfice du résident.

Le circuit du médicament manuel ou informatisé défini par l'HAS est composé d'une série d'étapes successives réalisées par différents professionnels. Il se caractérise par l'ensemble des étapes qui amènent le médecin traitant à prescrire un médicament, le pharmacien à dispenser une ordonnance et l'infirmière à administrer ce médicament.

Toutes ces étapes manuelles ou informatisées permettent à un résident de recevoir le traitement adapté dans les meilleurs délais et avec la garantie d'une plus grande sécurité.

Ce processus est rendu complexe par son caractère transversal car il fait intervenir différents acteurs (médecins traitants, médecin coordonnateur, pharmaciens, infirmiers, préparateurs). Si ce même processus n'est pas mené correctement à bien, il est potentiellement générateur de risques pouvant avoir des graves conséquences pour le résident.

A. Prescription par le médecin Traitant

Le Médecin traitant a pour responsabilité de suivre l'état de santé de ses résidents et de prescrire les médicaments. L'ordonnance écrite et signée par le prescripteur comme le précise les articles Art R5132-3 et R5121-9 du code de santé publique, marque le point de départ du circuit du médicament. Il est dans l'obligation légale de renseigner le dossier médical du résident.

Cette prescription, médicale devient est un gage de confiance et de garantie pour le résident et l'infirmière.

Le résident, au cœur de notre démarche, a le choix de son médecin traitant dans le respect de la liberté de choix des résidents (Décret no 2010-1731 du 30 décembre 2010). Sur cette relation de confiance établie, le médecin traitant a pour rôle de maintenir et de restaurer la santé de la personne âgée sur le plan physique mais aussi psychologique, en collaboration avec les autres professions médicales et paramédicales.

Les médecins traitants intervenant au sein de l'EHPAD adhèrent au projet de l'établissement, conservent toutefois toute leur indépendance professionnelle garantie par l'article R. 4127-5 du code de la santé publique (CSP)

Dans cette coopération, L'EHPAD s'engage à faciliter l'action du médecin traitant, en mettant à sa disposition toutes les données nécessaires au bon exercice de sa pratique médicale afin d'assurer notamment la transmission d'informations (le suivi de la prescription) et la coordination, en vue d'une qualité des soins pour la mise en œuvre du projet de soins de l'EHPAD.

Toutes les conditions particulières d'exercice garantissent ainsi, d'une part, au résident le respect de la charte des droits et libertés et les engagements du contrat de séjour et, d'autre part, au médecin, la liberté d'exercice dans le respect des règles déontologiques¹

L'informatisation permet une rédaction de la prescription médicamenteuses intercurrentes ou renouvelables directement sur écran d'ordinateur, dans le cadre d'une ordonnance nominative et récapitulative de tous les traitements en cours, avec le contrôle de sécurité d'ordonnance (accès direct à la Base de donnée médicamenteuse Claude Bernard) et planification automatique en soin. Egalement il est possible de saisir des prescriptions libres, des demandes et suivi des consultations spécialistes et suivi des surveillances et planification automatique en soin.. La mise à disposition du livret thérapeutique approprié à la personne âgée apporte une aide à la prescription et au bon usage des produits de santé. L'ordonnance est éditée et signée par le généraliste pour la délivrance des médicaments par la pharmacie. La rédaction d'une ordonnance enclenche un processus très important : le circuit du médicament

Le médecin coordonnateur a un droit spécifique qui lui donne accès à l'ensemble des dossiers utiles à pour le rapport annuel d'activité.

¹ (Code de déontologie médicale : code de la santé publique, articles R. 4127-1 à R. 4127-)

B. Dispensation par le pharmacien

L'acte de dispensation consiste à une analyse pharmaceutique et contrôle de l'ordonnance, la préparation des doses à administrer (mise en pilulier), le transport et la délivrance des médicaments.

La dispensation pharmaceutique est définie par les dispositions de l'article R.4235-48 du C¹SP, est réalisée par le pharmacien. Il est un acteur à part entière dans la sécurisation du circuit du médicament et prend une part active au suivi pharmaceutique des résidents en coopération avec le personnel médical.

Dans le cas EHPAD sans PUI, le pharmacien libéral de ville, signe une convention avec l'établissement, intègre les objectifs généraux de l'établissement et ceux qui lui ont été fixés par les autorités de tutelle.

C. Administration par l'infirmier

L'acte d'administration proprement dit consiste à faire prendre le bon médicament au bon patient, à la bonne posologie, au bon moment, par la bonne voie (selon HAS). L'administration, le contrôle et la traçabilité de la prise du traitement fait partie des actes infirmiers.

L'administration est l'acte technique situé à l'extrémité du circuit. L'infirmière a en charge le contrôle effectif de la prise de médicament par le résident, l'enregistrement de cette dernière et enfin la surveillance thérapeutique.

Avant toute administration de médicaments au résident, le personnel infirmier vérifie l'identité du résident et les médicaments au regard de la prescription médicale. (Art 8 de l'arrêté du 31 mars 1999)

Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées sur un document conservé dans le Dossier Médical du résident, consultable par tous les partenaires liés à ce circuit du médicament.

¹ Code de santé publique

Le rôle de l'infirmier(e) diplômé(e) d'État , dans la prise des médicaments, est définie par plusieurs articles du code de SP :

Art R.4311-5.4, la responsabilité de l'aide à la prise des médicaments dans le cadre de leur rôle propre Art R.4311-7.6.L'administration des médicaments relevant des actes qu'ils sont habilités à pratiquer

Art R.4311-4 permettant, sous leur responsabilité, d'assurer ces tâches, «avec la collaboration d'aides-soignants, et d'AMP qu'il encadre »..Loi HPST introduit l'article L. 313-26 du CASF: l'aide à la prise des médicaments, modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante, sous certaines conditions (le libellé de la prescription médicale et la nature du médicament ou le mode de prise ne présente pas de difficultés particulières).

Art.R. 4311-5 du CSP). En dehors du médecin, la surveillance thérapeutique relève du rôle propre de l'IDE.

La saisie des incidents de prise (refus, impossibilité, vomissements, agitation, absence) est consignée dans le dossier médical du résident par l'infirmier(e) et référée au médecin traitant ou médecin coordonnateur. Tout symptôme clinique peut être l'expression d'un effet indésirable médicamenteux (toujours penser au médicament devant toute altération rapide et inexplicable de l'état clinique d'un résident). Ainsi, le médecin pourra évaluer l'acceptation, la tolérance, l'efficacité et les effets secondaires du traitement. La traçabilité de la distribution et les observations apportées permettent un retour sur la bonne prise du traitement pour le médecin traitant. Pour l'analyse médicale du bénéfice-risque des traitements.

L'infirmier(e) a aussi le rôle d'éducation thérapeutique et, ou d'information du résident lors de la distribution.

D. L'infirmier(e) coordonnateur

Par le décret du 26/04/1999 sur le conventionnement tripartite des institutions gérontologiques orientait les établissements à nommer un médecin coordonnateur et un infirmier référent par structure. Par les décrets du 27 mai 2005 et du 11 avril 2007 clarifie le statut du médecin coordonnateur mais le poste d'infirmier(e) coordonnateur est peu défini dans les textes.

« De simple fonction de coordination, annexe au temps de soin, la fonction d'IDEC est devenue au fil des ans un métier à part entière qui exige des compétences accrues des professionnels afin de remplir cette mission. (...). Or, De plus, Il n'existe pas de référentiel métier qui décrive précisément les missions et tâches de l'infirmier(e) coordinateur.

« L'infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD se situe à l'interface du sanitaire et du social, du soin et de l'accompagnement. Cette fonction nécessite des compétences spécifiques tant ses missions sont multiples et complexes. Elle se situe dans l'accompagnement et la formation des équipes soignantes. Elle s'inscrit dans l'équipe d'encadrement de l'Etablissement et constitue un rouage essentiel et central dans l'organisation du « prendre soin » des personnes âgées accueillies. »²¹

En dépit d'un cadre d'exercice flou, la fonction d'infirmier(e) coordinateur s'articule autour de quatre axes : Connaissance du secteur gériatrique, les spécificités de la personne âgée, le management des équipes de soins et conduites de projets.

1. Membre de l'équipe de direction

Sous la responsabilité hiérarchique de la Direction et en collaboration avec le médecin coordonnateur, L'infirmier(e) coordinateur participe à l'élaboration, à la mise en œuvre et au développement du projet d'établissement. Le fonctionnement opérationnel de l'EHPAD repose sur cette équipe. Il participe aux réunions fixant les orientations et objectifs et axes de progrès (informatisation du dossier soin, Pathos, Evaluation interne, externe).

Garant de l'avancée des projets, l'infirmier(e) coordinateur impulse et veille à l'application des projets sur le terrain. Il a vérifié l'état d'avancement des projets, essaye d'anticiper au mieux les problèmes ou blocages qui pourraient se produire dans le circuit.

Pour une cohésion avec les pôles d'administration, d'hébergement, d'animation et de vie sociale, il participe aux actions menées.

2) <http://iderco.wordpress.com/une-fiche-de-fonction-idec-propose-par-lars-dalsace/>¹

2. Relation avec les résidents/les familles

En collaboration avec l'ensemble des intervenants autour du résident, l'infirmier(e)coordinateur élabore et met à jour le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident en respectant le recueil de données lors de l'entretien d'admission et au cours de son séjour.

« Il maintient un lien étroit avec l'entourage immédiat des résidents en étant à l'écoute de leur épuisement face aux multiples problèmes liés à la dépendance physique et psychique ainsi qu'au traumatisme créé par la vie en institution et les changements de repères et environnementaux. Il est capable de gérer leur prise en charge globale, d'apprécier l'évolution de leur pathologie et la surveillance de leur état de santé en lien avec les médecins traitants et l'équipe soignante »³¹

3. Management de l'équipe soignante

Afin de répondre aux attentes médicales et directoriales, il doit manager et évaluer les pratiques professionnelles des équipes soignantes

Encadrement des pratiques professionnelles de l'équipe pluridisciplinaire, l'IDEC organise le travail de chaque membre de l'équipe pour permettre d'élaborer et de réaliser une démarche de soins de qualité face à la perte d'autonomie des résidents les plus fragilisés par leur dépendance.

Il veille à l'application des protocoles d'organisation des soins et d'organisation du travail mis en place dans le cadre de sa fonction.

D'adapter les démarches spécifiques du prendre soin et de la communication verbale et non verbale et d'apporter une réflexion sur l'éthique et la bientraitance.

Dans la contribution de mise en œuvre d'une politique de formation, il cible les besoins de formation de l'équipe dans le but d'accompagner les changements, d'améliorer les compétences individuelles et une qualité des soins.

En soutien de l'équipe soignante, l'IDEC intervient notamment pour des questions d'ordre technique ou médical.

3) <http://www.ordre-infirmiers.fr/>¹

4. Relais entre l'équipe et les intervenants extérieurs.

IDEC est chargé d'optimiser et d'assurer la meilleure prise en charge thérapeutique possible dans le respect de la personne aidée. Il joue un rôle d'intermédiaire entre le médecin traitant ou le pharmacien et l'équipe dont il coordonne les activités.

Lors des interventions des professionnels libéraux (médecins traitants, pharmacien, kinésithérapeutes, orthophonistes) en EHPAD, non salariés de l'EHPAD, il favorise la bonne transmission des informations et la bonne tenue des dossiers médicaux.

La collaboration et communication, entre les différents professionnels sont donc nécessaire.

5. La gestion des produits liés aux soins

En partenariat avec les différents référents, L'IDEC suit la gestion des Dispositifs Médicaux, de la pharmacie et des produits d'incontinence. Il prend connaissance des éventuels dysfonctionnements afin de les corriger.

6. Relation avec le réseau externe gérontologique

Pour une meilleure cohérence avec les priorités de santé, l'IDEC se doit travailler en réseau avec des équipes pluridisciplinaires extérieures (les paramédicaux, les hospitaliers et les travailleurs sociaux). Il fait partie de groupes de professionnels regroupés par thématique dans la recherche de la prise en charge de qualité du résident (mise en place de groupe de réflexion, de formations,) et la communication entre professionnels.

Ces groupes professionnels sont des ressources, une force d'action et de proposition.

7. Tutorat

Dans le cadre du tutorat, il accompagne et assure le suivi de l'encadrement pédagogique des étudiants aides-soignants, aide médico-psychologique, infirmier(e).

II. MISE EN PLACE DU CIRCUIT MEDICAMENTEUX INFORMATISE

Ce projet est une réponse à l'obligation faite à l'établissement de répondre à des instructions des tutelles.

L'engagement très fort de notre directeur constitue un atout pour la réussite de ce projet afin d'enclencher une réelle dynamique à ce projet transversal qui fait bouger les organisations, demandant une participation active de tous les acteurs.

A. Etat des lieux avant informatisation

A ce qui concerne l'ordonnance prescrit par le médecin traitant sur papier, celle-ci était faxée à la pharmacie de ville, une photocopie était dans le classeur de la distribution des médicaments, l'originale donnée à la pharmacie qui nous la retourne pour être classée dans le classeur du résident.

1. Le dossier de soins du résident

A.1 classeur résident regroupant pour l'année tout le suivi de la prise en charge globale du résident.

Ce classeur contient le dossier médical, le dossier pré admission, la fiche d'urgence, d'antécédents, de consultations du médecin traitant, les prescriptions, la biologie, les compte-rendus divers (consultations externes et hospitalisations), les compte-rendus de la psychologue et les évaluations correspondantes. et les données administratives (sécurité sociale , mutuelle). Il est

conservé l'infirmierie dans une armoire de l'infirmierie fermant à clés et accessible en permanence.

A.2 Un classeur médicament, sur chaque chariot de médicaments, constitué pour chaque résident de l'ordonnance et d'une feuille individualisée de traçabilité de la distribution.

A.3 Le dossier de soin, un classeur pour dans chaque unité sur un chariot, rangés après les soins à l'infirmierie fermé par une porte codée. Il contient diverses fiches: habitudes de vie et autonomie, suivi de soins, surveillance nursing, du transit, . démarche de soins et soins de confort, transmissions AS/IDE/ASH de jour et de nuit.

A.4 Les autres supports papier

- ✚ Un agenda des infirmières , les bilans biologiques à prévoir, pour les rendez-vous des spécialistes ou sorties des résidents avec leur famille et les dates de consultations des médecins traitant (renouvellement des ordonnances).
- ✚ Diverses fiches de surveillance suite à la prescription : perfusions, traitement de la douleur, des anticoagulants, glycémies capillaires, pansements.
- ✚ Il existe au niveau de l'infirmierie un panneau mural (VALREX) où sont indiqués sous forme de fiche les soins et surveillances régulières de chaque résident, le médecin traitant.

Chaque fin de mois, un rangement des différents supports de suivi du résident est effectué dans le classeur résident pour l'archivage.

Il existe donc un grand nombre de support divers, à différents endroits, avec un risque d'éparpillement et de perte d'informations. Cette multiplication des supports rend plus difficile la traçabilité des actes, la sécurisation et la conservation des données.

2. Comment

L'outil informatique est utilisé sur de la résidence seulement pour la gestion administrative de la résidence : comptabilité, paye, facturation, dossier administratif des résidents, calcul du GIR .

L'idée d'étendre cette gestion informatique à la fonction de soin devient une nécessité pour un dossier résident global, vecteur de communication , améliore la qualité de soin auprès du patient

L'informatisation du circuit du médicament paraît une solution bien adaptée à la résolution de la problématique de cette dispersion de l'information et la sécurisation des données.

B. Mise en œuvre de l'information du circuit du médicament

1. La méthodologie ISHIKAWA

La méthodologie des 5 M est un outil que j'ai utilisé pour clarifier la vision que j'avais de mon projet. Elle porte le nom 5 M puisque le questionnement se porte sur :

- ✚ Milieu : dans le circuit de médicament, le milieu est l'EHPAD et la pharmacie.
- ✚ Main d'œuvre : plusieurs personnes interviennent dans le processus: médecin traitant, infirmiers, pharmacien, médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, aide-Soignante, résident, directeur.
- ✚ Méthode : une formation des utilisateurs du logiciel TITAN est nécessaire pour acquérir les notions essentielles à ce nouvel outil.
- ✚ Matière : les médicaments sont notre priorité.
- ✚ Matériel : le logiciel TITAN, le local de pharmacie interne, chariot, pilulier, classeur médicament, bureautique.

a) le logiciel

TITAN est choisi par le groupe, répondant à nos attentes.

Un planning de formation et les modalités de mise en route est élaboré lors d'un comité de direction. La direction propose une démarche sur mesure permettant de mettre progressivement en application l'informatisation de la partie médicale du dossier des résidents jusqu'à une informatisation totale du dossier résident.

b) Le matériel

La configuration du réseau déjà en place est composée de 3 postes informatiques pour la partie médicale et de 3 autres postes réservés à l'administration.

Une imprimante scanner noir et blanc dans l'infirmierie et une couleur pour l'administratif.

2. L'objectif

Mon objectif est l'informatisation du dossier soin et du suivi du traitement du médicament de chacun de nos résidents. J'ai donc utilisé la méthode *Smart* afin de définir les objectifs et clarifier les attendus.

a) Spécifique

Dans un souci de plus en plus grandissant de qualité, de traçabilité et de lutte contre l'iatrogénie, l'informatisation du chemin du médicament permet d'assurer le suivi de la prise du médicament. Ainsi, nous assurons à nos résidents que le bon médicament avec le bon dosage leur est donné.

b) Mesurable/atteignable

La date limite de mise en place était prévue pour le mois de mars 2014, s'appliquant à l'ensemble des résidents.

c) Réaliste

D'autres institutions fonctionnent avec ce logiciel, je me suis appuyée, par la création d'un questionnaire, sur le retour d'expérience de ces dernières afin d'améliorer et d'approfondir l'efficacité de cette gestion informatique.

d) Temporel

Les dates de réalisation de ce projet sont de janvier 2014 à aujourd'hui.

3. Le coût

Le groupe a opté d'équiper une partie de ses EHPAD du logiciel TITAN. Le directeur sollicite auprès de l'ARS dans le cadre des CNR, une participation financière pour l'acquisition du logiciel et la formation de l'équipe.

 La formation :

Comme nous le savons, l'utilisation des Nouvelles Technologie d'Informatisation et de Communication ne peut se faire dans de bonne condition, que si les personnes utilisatrices ont reçu une formation.

C'est un point fondamental et indispensable. Deux jours sont consacrés à la formation du médecin coordonnateur, des IDE, IDEC et l'ergothérapeute. Cette formation initiale est axée sur le dossier médical. Après une période de deux mois ,ces premières formations seront complétées par deux demi-journées plus spécifiquement aux infirmières sur le circuit du médicament.

Les temps de formation ont été réalisés ponctuellement et individuellement lors de la présence du informaticien sur le site. C'est-à-dire en condition réelle. Pas à pas et au cas par cas ils ont été introduits et familiarisés à l'utilisation du logiciel TITAN dans le cadre de l'exercice de leur fonction au quotidien sans exemple factices mais bien directement sur les dossiers relatifs à leurs propres patients : interfaces spécifiques aux examens biologiques, transmissions, saisie du dossier médical.

4. Les bénéfices attendus

L'utilisation d'un support informatique unique pour la gestion du circuit du médicament doit répondre aux principaux objectifs suivants :

- ✚lisibilité des documents
- ✚Diminuer les documents en doublon, et les erreurs qui peuvent en découler.
- ✚Supprimer les saisies multiples, les recopiage sources d'erreurs et de perte d'information
- ✚n'avoir qu'une seule saisie, bien adaptée à la fonction et à la hiérarchie du personnel.
- ✚Améliorer la traçabilité.
- ✚Fiabiliser l'information et sécuriser la conservation des données.

En cas d'urgence (médecin de garde, SMUR) L'accès de l'édition du dossier de transfert accessible par tous les soignants de jour comme de nuit.

III. Echanges d'expériences

A. Méthodologie

Ma première étape a consisté en une recherche documentaire, principalement tournée vers des revues professionnelles portant sur le sujet (journal du médecin coordonnateur, le mensuel des maisons de retraite) Ces recherches m'ont permis de créer le questionnaire.

Dans un deuxième temps vers des sites internet abordant ce sujet. En outre, j'ai pu échanger avec des collègues infirmier(e)s coordinateurs, lors de la formation ou de séminaire. A partir de toutes ces informations, j'ai élaboré mon questionnaire.

B. Le questionnaire

Comme défini plus tôt, le questionnaire m'a permis de prendre connaissance de l'insertion de la prescription informatisée et les obstacles qu'ont pu connaître les autres établissements ayant intégré un logiciel. Vous trouverez en annexe le questionnaire.

1. Public interrogé

Pour réaliser le questionnaire, je me suis appuyée sur mes relations professionnelles. J'ai donc transmis ce questionnaire à 60 personnes travaillant dans des structures similaires à la mienne. J'ai remis ces questionnaires 40 participants des sessions du DU IRES ou médecin coordonnateur ainsi qu'à 20 IDEC de mon groupe, soit un total de 60 questionnaires.

Lors des sessions d'enseignement au diplôme universitaire, médecins coordonnateurs et ou DU infirmier(e) coordinateur/référent, il m'était plus facile de remettre les questionnaires, et m'a permis d'échanger nos expériences A l'occasion d'un séminaire organisé par le groupe auquel l'EHPAD appartient, j'ai également distribué mes questionnaires à mes collègues.

Seuls, un peu plus d'une trentaine me sont revenus malgré des relances par mail. Sur ces quelques 50% de retours, 20 émanent d'infirmier(e)s coordinateurs (75%), soit une forte majorité concernée plus directement par le sujet.

Ce questionnaire me permet également de faire un état de lieu plus général de la gestion des prescriptions informatisées dans les EHPAD et des moyens utilisés pour y parvenir

- ✚ Les éditeurs de logiciel de santé utilisés dans les EHPAD
- ✚ Avoir une photographie du nombre de médecins traitants intervenants dans l'EHPAD
- ✚ Connaître la situation des saisies de prescriptions informatisées
- ✚ D'appréhender les réticences

J'ai choisi des questions ouvertes leur permettant d'argumenter leurs réponses.

2. Les résultats

A la suite de ce questionnaire, j'ai réalisé des diagrammes me permettant une meilleure analyse des résultats.

a) Les éditeurs de logiciel de santé utilisés dans les EHPAD

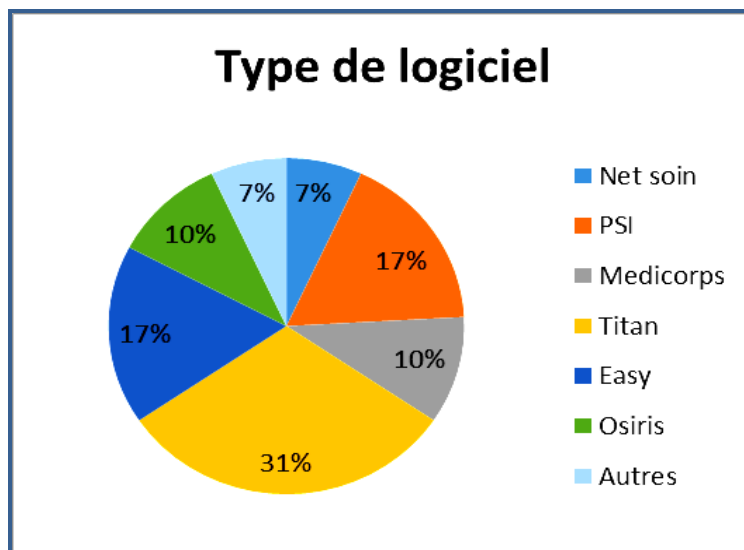


Figure :Editeurs de logiciel

Comme le montre le graphique ci-dessus, de nombreux logiciels sont utilisés par les EHPAD. La multitude de logiciels présents sur le marché ne simplifie pas la tâche des médecins traitants, intervenant dans plusieurs EHPAD. Effectivement ces derniers doivent constamment s'adapter à une nouvelle façon de promulguer les ordonnances, mais aussi à ces nombreux systèmes de traitement et d'enregistrement.

b) photographie des médecins traitants intervenants dans l'EHPAD

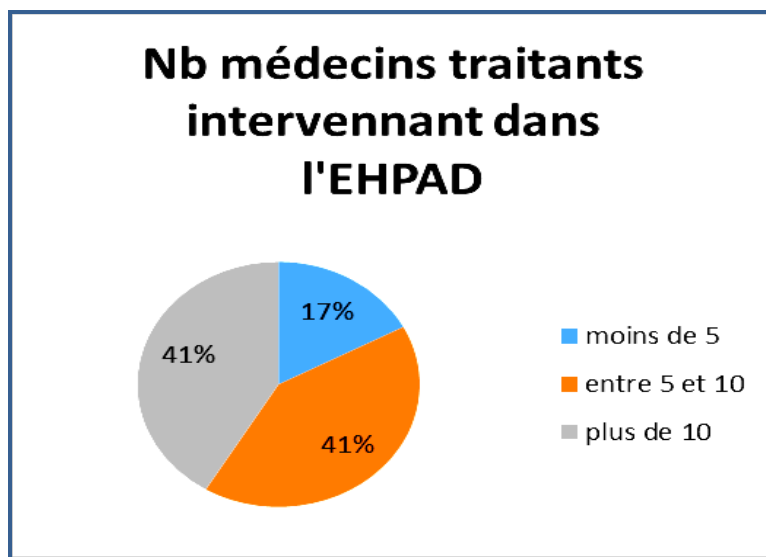


Figure : Diversité du nombre de médecin traitant intervenant dans les EHPAD.

Plus de 80% des EHPAD, doivent travailler avec plus de 5 médecins traitants. L'exemple le plus marquant mis en lumière lors de ce questionnaire est une structure ayant 26 médecins praticiens dont certains suivent seulement 1 résidente.

De plus, les médecins généralistes, intervenant dans plusieurs établissements, se trouvent confronté à des modes de fonctionnement et de logiciels différents, ce qui complique et rallonge ses visites.

Ceci me permet d'affirmer que le nombre de médecin à former à la démarche est très important. Compte tenu du fait que certains praticiens ont le suivi de peu de patients appartenant à

l'EHPAD, leur investissement dans la démarche d'informatisation ou encore le temps qu'ils peuvent mettre à disposition pour se former à chaque outil informatique s'avère peu conséquent.

Devant la désertification médicale constatée dans certaines régions, la charge de travail des médecins libéraux augmente et contribue à réduire leur temps de passage dans la structure. Leur crainte majeure est la perte de temps en passant d'une prescription écrite à une saisie sur logiciel.

c) la situation des saisies de prescriptions informatisées

A la mise en place

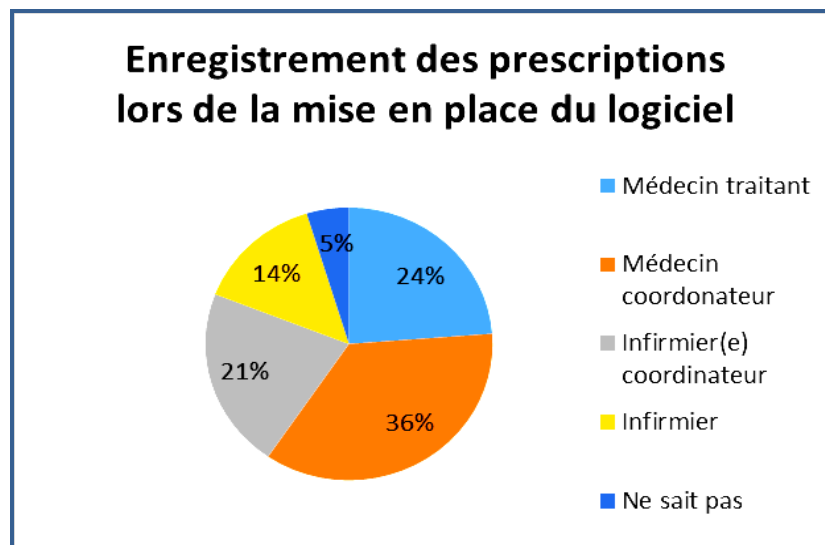


Figure : Enregistrement des prescripteurs

Ce graphique montre l'action et l'investissement des différents acteurs dans la première étape du processus de mise en place. L'enregistrement de ces données est fastidieux et chronophage mais indispensable car étant le point de départ du processus. Dans 57%, Le tandem médecin coordonateur/IDEC s'engage dans cette tâche.

Dans un quart des EHPAD, les médecins traitants ont adhéré à ce nouveau système de gestion de prescription médicamenteuse, dès la première étape. Beaucoup de médecins coordonnateurs ont la double casquette.

Poursuite de l'adhésion

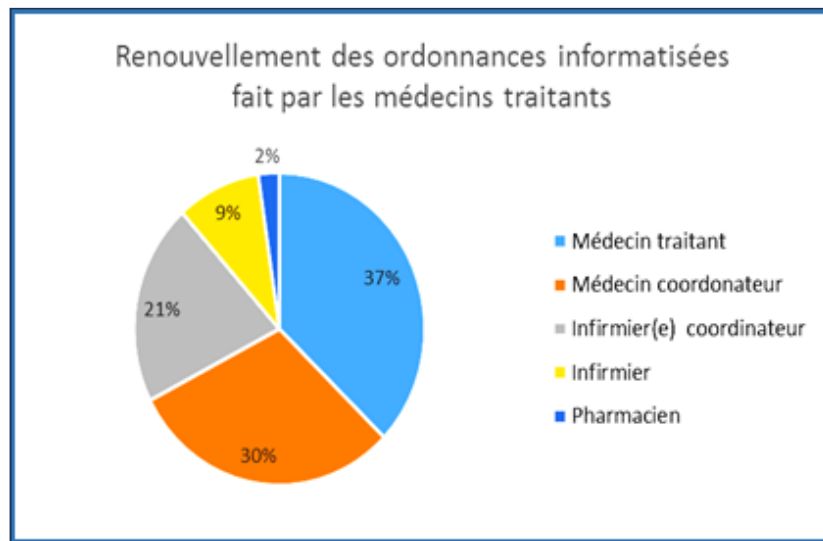


Figure : le pourcentage des prescriptions informatisées lors des renouvellements

Le renouvellement d'une ordonnance informatisée est plus simple à saisir que l'enregistrement de départ. On note que le taux de renouvellement informatisé des prescriptions par les médecins traitants est supérieur à l'enregistrement initial présenté en figure 3. De plus, entre la mise en place et le renouvellement, nous avons progressé de plus d'un tiers des praticiens qui coopèrent à ce changement. Les remarques rapportées sont la formation des médecins traitants par les médecins coordonnateurs, les IDEC et les infirmier(e)s. Ceci nous permet de conclure sur le fait que les actions réalisées ont porté leurs fruits. Je détaillerais ces actions dans la partie suivante.

Dans les deux graphiques, plus de la moitié des médecins poursuivent la prescription manuelle, obligeant une saisie informatique par un autre acteur. Les médecins coordonnateurs et les infirmier(e)s coordonnateurs s'impliquent largement et se chargent de cette mission dans la plupart des cas. Pour ma part, toutes les prescriptions saisies par moi-même sont validées par le médecin

coordonnateur. On constate aussi la participation du pharmacien. Pour certains établissements, les infirmier(e)s retranscrivent aussi, sortant de leur cadre légal.

Ceci pose un problème de responsabilité engagée car la prescription appartient au médecin traitant. De part, la retranscription est interdite, ne répond pas aux objectifs fixés.

Cette retranscription informatisée est une source d'erreur pour de multiples raisons :

- ✚ Interprétation subjective par le transcripteur
- ✚ Erreur de médicament, de dosage, de posologie et de la durée
- ✚ Perte du document, erreur de résident.

Commentaires :

Actuellement, il est de même pour les prescriptions de spécialiste et des ordonnances hospitalières.

Dans une faible minorité (moins de 10%) la retranscription n'est pas systématique. De nombreux risques de confusions et de traçabilité apparaissent dans le cas où l'EHPAD utilise deux systèmes de gestion (manuscrit ou informatique).

d) Les difficultés rencontrées à l'informatisation

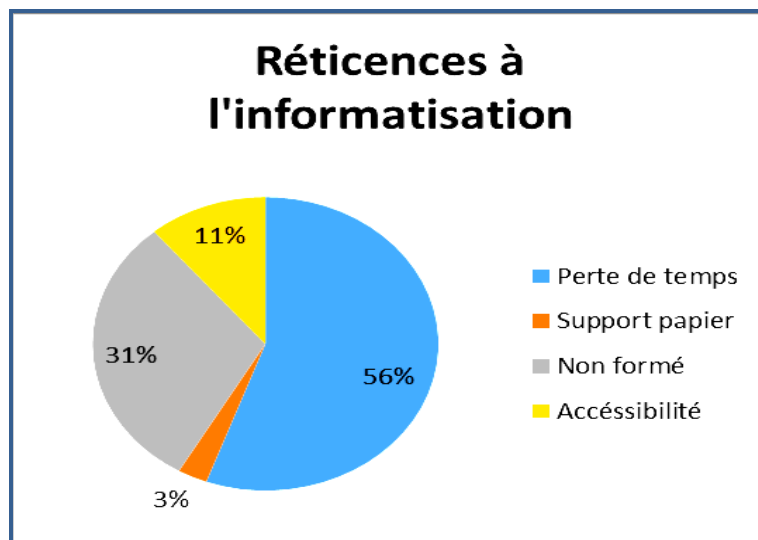


Figure : Les contraintes recensées à l'utilisation de logiciel

Dans la majorité des réponses relate la réticence des médecins traitants a adhéré à ce nouveau mode de fonctionnement.

Ce graphique montre que. plus de la moitié des personnes interrogées, pensent que l'informatisation du circuit du médicament, entraîne une augmentation du temps de traitement des ordonnances. Cela est commenté par les remarques suivantes : Le temps de connexion trop long, Temps d'impression trop lent, pas accessibilité à l'ordinateur sont les remarques les courantes.

e) Bénéfices

Les réponses à la question ouverte sont:

Le dossier résident est plus facile d'accès dans sa globalité.

Cela permet de communiquer et partager une quantité d'informations avec un gain de temps.

Avantage des dossiers de liaison d'urgence à jour lors des transferts.

Amélioration de la traçabilité et du suivi médical du résident.

Sécurisation du circuit médicamenteux.

3. Analyse

« Tandis que le médecin co est chargé d'évaluer les résidents, de coordonner les différents traitements et de contribuer au projet de soins, les Idec doivent traduire au projet de soins, les IDEC doivent traduire tout cela dans les faits; Quand le médecin co est présent quelques heures par semaine dans l'établissement, l'Idec est présente tous les jours pour faire tourner la machine. »⁴¹

L'IDEC n'a pas un rôle direct dans le circuit du médicament. Le médecin coordonnateur et l'IDEC sont garants de la qualité des soins dans l'EHPAD et assurent le lien fonctionnel entre les différents intervenants. Le binôme médecin coordonnateur et IDEC contrôle chaque étape du

4) ¹ extrait de l'article: Attention, un médecin co peut cacher une Idec. (Du Journal du médecin coordonnateur N°58)

circuit du médicament afin que la législation soit respectée et que la qualité de la prise médicamenteuse soit la meilleure. L'équipe de coordination a un rôle déterminant dans l'adhésion et la cohésion du projet d'informatisation du circuit du médicament par l'équipe soignante et des intervenants extérieurs. L'informatisation est un moyen pour les soignants de renouveler leur façon de travailler. L'IDEC doit accompagner l'équipe et le corps médical vers un objectif collectif, tout s'assurant de conserver une qualité des soins optimale. Un encadrement de l'équipe pluridisciplinaire, vers cette nouvelle conception, doit s'organiser autour d'un socle de valeurs communes et de priorités.

Lors de l'informatisation du circuit du médicament, on constate rapidement qu'il existe une disparité du niveau des compétences informatiques des médicaux et paramédicaux, entraînant des réticences à la mise en place de ce nouveau logiciel. La conduite du changement sera menée par des actions de formation.

Au niveau de l'équipe soignante, des réunions préparatoires ont permis d'échanger, d'entendre les appréhensions. Des temps de formations (décrites dans le chapitre II) accordés ont pour but de s'accoutumer au système et évoquer les apports, les améliorations liées à l'utilisation de ce nouvel outil. -Dans ce cadre d'apprentissage où le personnel soignant doit appréhender de nouvelles méthodes de travail, l'IDEC a surtout un rôle d'écoute et de soutien organisationnel. Il communique avant pendant et continue toujours de communiquer, pour m'assurer l'appropriation du logiciel. Il réexplique plusieurs fois et si nécessaire reprend contact la hotline afin de clarifier les problèmes rencontrés par les infirmières dans leur travail au quotidien. Cette nouvelle organisation amène à réfléchir sur nos pratiques en équipe, des propositions, des aménagements ont été réalisés. Très vite, les infirmiers reconnaissent les avantages de cette prescription informatisée par sa meilleure lisibilité. Cette ordonnance intégrée dans le dossier du résident, facilite le déroulement du processus du circuit médicament. Moins de risque d'oubli, meilleure traçabilité vont favoriser leur participation active auprès des médecins traitants.

Le médecin coordonnateur est le premier interlocuteur avec ses confrères. Il veille à la qualité de la relation de confiance et au dialogue avec les médecins traitants. Ainsi, lors de la commission gériatrique, le médecin coordonnateur argumente les gains objectifs apportés par ce projet d'informatisation du dossier soins. A cette occasion Il communique aux professionnels de santé intervenant dans l'établissement à titre libéral (médecins traitants, pharmacien, kinésithérapeutes,

orthophonistes) et aux salariés (psychologue, ergothérapeute, infirmier(e)s et l'Idéc exerçants au sein de l'établissement.

Il soumet à l'approbation des médecins traitants la liste préférentielle des médicaments adaptés à la personne âgée en EHPAD, préconisée par l'OMEDIT et en fonction des médicaments les plus utilisés dans l'établissement par ses confrères. Cette liste incluse dans le circuit du médicament informatisé facilite la saisie des traitements.

De plus, les médecins traitants sont des professionnels libéraux donc indépendants opérant à la demande individuelle. De ce fait, la formation proposée par l'éditeur du logiciel ne peut pas être menée à bien avec les médecins traitants par manque de disponibilité de leur part (désertification médicale, travail sur plusieurs établissements, faute de temps, présence à leur cabinet). Ainsi Les courts temps de présence du médecin traitant dans l'EHPAD ne facilitent pas une adaptation rapide à ce nouvel outil.

Lors du passage à la prescription informatisée, un changement d'organisation doit s'opérer et demande un temps d'adaptabilité à la maîtrise des outils. Pour y pallier, des temps de formation par le médecin coordonnateur et l'IDEC ont été réalisés ponctuellement et individuellement ainsi les médecins traitants se sont familiarisés à l'utilisation du logiciel dans le cadre de l'exercice de leur fonction directement sur leurs dossiers relatifs à leurs propres patients.

Dans de l'enquête, il remonte que 15% des IDEC dédient du temps à la formation des médecins traitants au début de l'installation. IDEC se rend disponible lors du passage du médecin traitant. L'IDEC, dans son rôle d'intermédiaire, doit faire preuve diplomatie et négociation. Il met à disposition les outils d'aide à la prescription .IDEC lui donne les moyens d'accéder aux informations nécessaires à leur pratique, le bon suivi du traitement, les résultats biologiques dans le logiciel, ainsi que les transmissions des soignantes et autres intervenants. IDEC organise une prise en charge individualisée à la saisie des prescriptions et rapidement, le médecin arrive à faire leur saisie de manière autonome.

Devant le refus de certains médecins traitants à saisir leurs prescriptions dans le logiciel continuent à prescrire manuellement.

L'un des principaux risques est la persistance des supports papiers et le désinvestissement des acteurs, aboutissant à deux systèmes de la gestion de l'ordonnance.

Dans les échanges d'expériences, afin que tous les résidents bénéficient du même suivi, le binôme médecin coordonnateur/IDEC remédie par la saisie informatique de ces supports papiers.

Le pharmacien a également une place par le contrôle de ces prescriptions. Cette tâche est facilitée par la connexion avec le module de validation pharmaceutique, outil qui améliore la communication et l'EHPAD.

Dans un souci d'homogénéisation, j'ai défini un logigramme d'organisation (voir annexe) avec des points de contrôle permettant de pallier nos prescriptions papiers (prescriptions intercurrentes, les prescriptions des spécialistes, des retours d'hospitalisation)

De plus, chaque prescription manuscrite est scannée et enregistrée dans le dossier dématérialisé du résident, pour une vérification antérieure possible.

L'IDEC prend connaissance des éventuels dysfonctionnements afin de les corriger. À la réunion directoriale de suivi de projet, IDEC explique la progression, les freins et contraintes rencontrés pour réfléchir sur les réajustements. L'IDEC justifie si besoin les investissements supplémentaires comme l'achat de matériel (un autre ordinateur, une imprimante) pour optimiser les objectifs.

CONCLUSION

Ce travail montre l'importance de l'idec pour mettre en place et conduire des projets répondant aux objectifs fixés par la direction et les tutelles. Le rôle essentiel de l'IDEC dans la mise en place une démarche de progrès auprès de l'équipe pluridisciplinaires.

Globalement, le processus a été bien accepté par les médecins traitants qui l'utilisent et le temps d'adaptation à l'outil informatique a été relativement court. Compte tenu de la richesse et de l'étendue des possibilités offertes par le logiciel, son appropriation par les différents utilisateurs ne peut se faire que progressivement, par étapes. Ceci nécessite un accompagnement par des formations régulières.

Bien compris et bien maîtrisé le circuit du médicament informatisé est un outil qui contient de nombreuses données exploitables. La qualité des informations disponibles sera fonction de la qualité, de la régularité et de la rigueur des données saisies par les différents utilisateurs.

Le rôle de l'IDEC ne s'arrête pas à la mise en place de la prescription médicamenteuse informatisée. L'IDEC veille sur les différentes étapes de ce circuit afin d'accroître la sécurité et la qualité des soins. Il doit s'investir totalement dans cette démarche qualité en impulsant toute l'équipe soignante pour mettre en place des objectifs d'amélioration de la traçabilité du circuit des médicaments.

De plus, les tensions relatives à la démographie sanitaire sont particulièrement sensibles en région Centre et face aux défis majeurs que représentent notamment le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, ARS du centre développe la télémédecine et le DMP conduisant à soutenir prioritairement ces projets au bénéfice de structures et acteurs de proximité en situation d'isolement.

La télémédecine sera plus efficacement à partir d'un dossier médical patient structuré et accessible à tous les professionnels de santé. Ce partage de l'information est une condition essentielle à l'amélioration de la prise en charge des patients, ne peut se faire que par un support informatisé. Le Trinôme Directeur/Médecin coordonnateur/IDEC va œuvrer vers cette nouvelle orientation pour améliorer la prise en charge des résidents. Le rôle de l'Idec sera en constante évolution puisque l'utilisation de l'informatique, est, et sera (dossier médicale dématérialisé) de plus en plus indispensable.

GLOSSAIRE :

AMP : Aide médico-psychologique

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

ASH : Agent de Service Hôtelier

CASF : Code de l'action sociale et des familles

DMP : Dossier Médicale Personnel /Partagé

DU IRES : DU de Formation à la fonction d'Infirmier(e) Référent en EHPAD et en SSIAD

EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : La loi "Hôpital, patients, santé, territoires"

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IDEC : Infirmier(e) Diplômée d'Etat Coordinateur (trice)

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

Médecin co : médecin coordonnateur

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et revues

Le métier d'infirmière référente en EHPAD

MOISSETTE MARTINE (2007) – Edition Animagine

Le magazine des Maisons de retraite N°171

Infirmière Coordinatrice en EHPAD : Les Prémices d'une reconnaissance

IDEC : sans loi, un grand n'importe quoi ?

Le Journal du Médecin Coordonnateur N°50,N° 58– Juillet-Août 2014

13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD- Décembre 2009

Liens internet :

www.has-sante.fr/portail/.../outils-de-securisation-et-des-medicaments

ars.rhonealpes.sante.fr/Circuit-du-medicament-en-EHPAD

www.qualite-securite-soins.fr/app/download/...circuit-medic-CRIQUE.pdf

www.geroscopie.fr

www.ehpad.org/Formation/

Le métier d'infirmière référente coordonnatrice

[www.iderco.wordpress.com/le métier d'infirmière référente coordonnatrice](http://www.iderco.wordpress.com/le-metier-d-infirmiere-referente-coordonnatrice)

<http://www.ordre-infirmiers.fr/>

ANNEXE1

QUESTIONNAIRE

Êtes-vous ? IDEC Médecin coordonnateur IDE

Quel logiciel utilisez-vous ?

Netsoin PSI Medicor Titan Easy Autre
Lequel.....

Avez-vous un médecin coordonnateur ? Oui Non

Combien avez-vous de médecins traitants intervenants dans l'établissement ?

Moins de 5 entre 5 et 10 plus de10

Les ordonnances

Lors de l'installation du nouveau logiciel, les prescriptions médicales ont-elles été enregistrées par :

Les médecins traitants médecin coordonnateur IDEC IDE

Le renouvellement des ordonnances informatisé se fait par :

Les médecins traitants médecin coordonnateur Pharmacien

IDEC IDE

Commentaires.....

L'ordonnance venant de l'hôpital est elle enregistrée : Oui Non

les ordonnances sur papier sont-elles enregistrées dans le dossier soin informatisé :
Oui Non

Par qui ?

Les médecins traitants médecin coordonnateur Pharmacien

IDEC IDE

L'ordonnance scannée sont-elles enregistrées dans le dossier résident informatisé
Oui Non

Les réticences à utiliser le logiciel

Non formé perte du support papier Autre

Perte de temps accessibilité du matériel

Commentaires

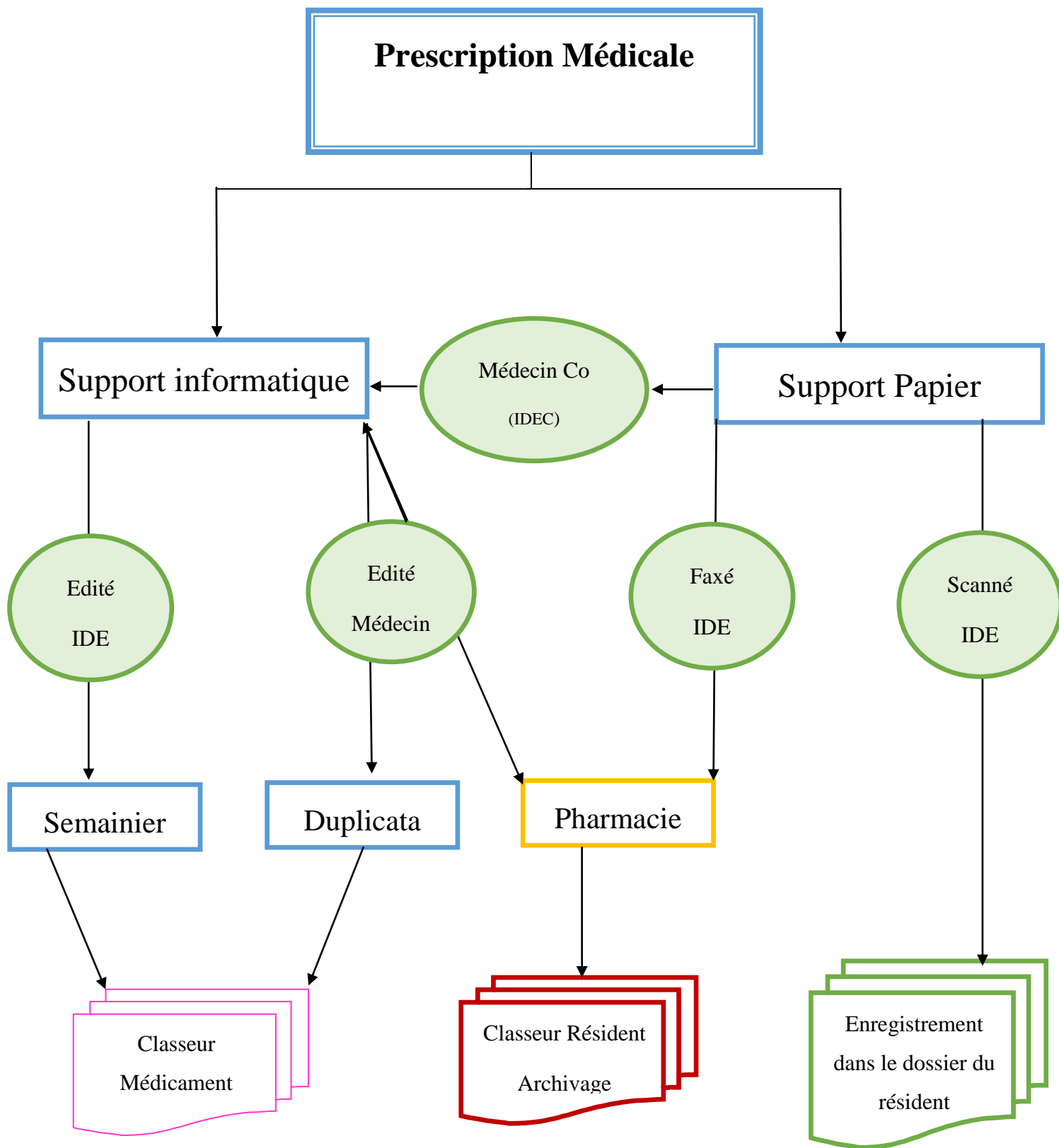
.....
.....

Les bénéfices depuis l'informatisation de la prescription médicale et du circuit du médicament

Les Difficultés rencontrées et les actions mises en place pour optimiser l'informatisation de la prescription médical.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Annexe 2 : Logigramme



LA FICHE DE FONCTION DE L'INFIRMIER DIPLOME D'ETAT COORDINATEUR EN EHPAD

Document établi par l'ARS ALSACE

LES MISSIONS

Quatre axes majeurs de travail constituent les missions qui seront confiées à l'infirmier(e) coordinateur (trice) en Ehpad :

- Participer à l'élaboration du projet d'établissement, en particulier à l'élaboration du projet de vie personnalisé et de soins et assurer le relais dans la mise en œuvre des différents objectifs.
- Participer à la mission de liaison et de coordination entre direction de l'établissement, les résidents, l'équipe médicale et paramédicale de l'établissement, l'équipe hôtelière, les intervenants extérieurs et les familles.
- Veiller au respect de la charte de la personne âgée accueillie dans l'établissement et de la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles.
- Assurer et/ou participer à la gestion des aspects administratifs et logistiques liés à la prise en charge des résidents.

LE POSITIONNEMENT DANS L'ORGANIGRAMME

Au regard de la mission confiée et des objectifs attendus il s'agit de distinguer un fonctionnement :

En positionnement « hiérarchique ». Dans ce cadre :

Il (elle) est placé sous l'autorité et la responsabilité du directeur de l'établissement. Par délégation du directeur d'établissement et dans les limites qui lui sont fixées, il (elle) assure auprès de l'équipe soignante l'application des dispositions organisationnelles et réglementaires garantissant

le bon fonctionnement de la prise en charge des soins et l'application des bonnes pratiques professionnelles.

En situation de « liaison fonctionnelle ». Dans ce cadre :

Spécifiquement avec le médecin coordonnateur,

- Il (elle) veille et s'assure de l'application des bonnes pratiques gériatriques, de la réalisation du projet de soins, de la permanence des soins, de la prévention des risques et de la mise en place de mesures exceptionnelles, avec l'ensemble des autres intervenants dans l'établissement.
- Il (elle) s'assure de la meilleure qualité de vie du résident et de la cohésion des équipes.
- Il (elle) est au cœur du réseau d'acteurs internes et externes de l'établissement dont les familles, réseau dont la finalité est la meilleure prise en charge possible de chaque résident.

LES DOMAINES D'ACTIVITES

Les items suivant ont été retenus : Soins, Evaluation et Qualité, Ressources Humaines, Logistique, Information, Communication, Formation.

Le domaine d'intervention est susceptible d'être vaste. Aussi, afin de permettre à la fonction de s'exercer et d'apporter la plus-value attendue, il est indispensable de cadrer le volume de l'activité demandée au regard d'une quantité de temps identifier sur le plan administratif et financier en « pourcentage Equivalent Temps Plein ». Une mise à disposition d'outil informatique ne pourra que contribuer à l'exercice efficient de sa mission.

Volet « soins et projet de vie »

Sur le plan général de fonctionnement et de prise en charge du résident, l'IDE coordinateur (trice) participe à l'élaboration du projet personnalisé de soins et de vie.

Sur le plan opérationnel, en lien avec le médecin coordinateur (trice), il (elle) s'assure du respect des bonnes pratiques professionnelles.

A cet effet :

- Il (elle) connaît la charge de travail de l'équipe qu'elle encadre directement.

- Il (elle) organise et coordonne et planifie le travail de cette équipe.
- Il (elle) fait appliquer les protocoles et suit leur application.
- Il (elle) s'assure de la coordination de l'action des intervenants extérieurs et des familles en ce qui concerne la réalisation générale de l'établissement.
- Il (elle) s'assure de la bonne communication avec les familles des résidents afin d'obtenir leur meilleure contribution à l'élaboration et à l'application du projet de vie personnalisé.

Le volet « évaluation qualité et gestion des risques »

Il (elle) procède à l'évaluation de sa propre activité et de celle de l'équipe des professionnels qui lui sont rattachés hiérarchiquement. Elle met en œuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité auprès de l'ensemble des équipes.

A cet effet :

- Il (elle) connaît et veille plus particulièrement au respect des règles d'hygiène spécifiques en établissements pour personnes âgées dépendantes et contribue au dispositif de signalement des infections associées aux soins.
- Il (elle) propose à la direction et au médecin coordonnateur- pour chacun en ce qui les concerne- des protocoles d'organisation des soins et d'organisation du travail à mettre en place dans le cadre de sa fonction.
- Il (elle) participe avec la direction et le médecin coordonnateur à la mise en place et au suivi des signalements et des évaluations des évènements indésirables concernant l'organisation des soins.

Volet « ressources humaines »

Sous l'autorité du directeur de l'établissement et par délégation, il (elle) anime en lien avec le médecin coordonnateur l'équipe qui lui est rattaché hiérarchiquement à savoir :

L'équipe soignante, et selon les organisations, l'équipe des agents dits « de soins » et les personnels de service intervenant directement auprès des résidents.

A cet effet :

- Il (elle) évalue les situations, fixe avec l'équipe les règles de fonctionnement et s'assure de leur respect.
- Il (elle) gère les dysfonctionnements et les conflits. Il (elle) accueille et dialogue avec le personnel.
- Il (elle) valorise les compétences et la formation. Il (elle) accueille et assure de l'encadrement pédagogique des étudiants et stagiaires.
- Il (elle) participe aux recrutements et aux évaluations des personnels soignants.
- Il (elle) contribue à l'évaluation des personnels non soignants qui interviennent directement auprès du résident.
- Il (elle) assure (ou pour le moins participe à) la gestion des plannings des personnels soignants qui interviennent auprès des résidents.

Volet « logistique »

Sous l'autorité du directeur et en lien avec le médecin coordonnateur, l'équipe soignante et l'équipe hôtelière, les intervenants extérieurs, il (elle) évalue les besoins en consommables et produits hygiéno-diététiques et médicaux dans le cadre des budgets alloués.

A cet effet :

- Il (elle) définit avec l'équipe les besoins en matériels et équipements pour répondre à l'évolution des activités.
- Il (elle) s'assure de la fiabilité et de la maintenance des équipements et matériels de soins.
- Il (elle) s'assure de l'efficacité et la pertinence des choix opérés.

Volet « information-communication »

Relais dans la circulation de l'information, il (elle) transmet de manière ciblée les éléments d'information à ses interlocuteurs pour chacun en ce qui le concerne et dans le respect d'une rythmicité pré définie et il (elle) suit le retour des réponses aux données transmises.

Il s'agit d'une gestion d'informations de nature « transversale ». Ces informations concernent plus particulièrement l'organisation de l'établissement, les résidents et les familles, la direction,

le médecin coordonnateur, les équipes, les intervenants extérieurs. Dans ce cadre toutes les informations utiles à son activité lui seront transmises notamment par le directeur, le médecin coordonnateur.

Volet « formation »

Dans le but d'accompagner les changements, d'améliorer les compétences individuelles et une qualité des soins :

- Il (elle) cible les besoins de formation de l'équipe.
- Il (elle) propose des propriétés parmi les demandes faisant suite aux entretiens d'évaluation des personnels notamment soignants.
- Il (elle) participe à l'élaboration du plan de formation avec la direction.

LES COMPETENCES ATTENDUES

En sus du diplôme requis pour assurer le métier d'infirmier, d'une ancienneté de 2 ans dans l'exercice du métier et d'une démarche de formation continue les compétences attendues en matière de gestion et de management d'équipe sont les suivants :

En savoir-faire :

- Savoir mettre en place et conduire des projets et/ou faire mettre en œuvre des objectifs fixés par la direction.
- Savoir travailler en équipe.
- Savoir mettre en place une démarche de progrès auprès de l'équipe.
- Disposer d'aptitudes pédagogiques.
- Disposer de capacités d'organisation.
- Disposer d'une capacité de travail élargie.
- Avoir le sens de l'accueil et de l'observation.

- Rechercher les informations utiles et les transmettre.

En savoir être :

- Faire preuve d'ouverture d'esprit,
- Faire preuve d'une capacité d'écoute et d'adaptation aux situations.
- Faire preuve de disponibilité.
- Savoir réajuster de son action, savoir se remettre en question.

LES INDICATEURS D'EVALUATION

Il est retenu que les indicateurs de résultat attendu sont à fixer pour chacun des items. Ils seront adaptés aux objectifs au regard des propriétés retenus au niveau de chacun des établissements.