

Quelles sont les stratégies et ressources employées par l'infirmier(e) en chef pour maintenir une efficience dans le cadre d'une organisation dispensant des soins infirmiers à domicile en Belgique francophone ?

Mémoire réalisé par
Elise Verschooren

Promoteur(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Quelles sont les stratégies et ressources employées par l'infirmier(e) en chef pour maintenir une efficience dans le cadre d'une organisation dispensant des soins infirmiers à domicile en Belgique francophone ?

Mémoire réalisé par
Elise Verschooren

Promoteur(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

*Je tiens tout d'abord à remercier ma promotrice,
Madame Thérèse Van Durme,
pour ses précieux conseils et remarques
ainsi que pour son soutien tout au long de la rédaction de ce mémoire.*

*Je tiens également à remercier Mesdames Cécile Piron
et Sandra Tricas pour avoir accepté d'être lectrices de ce mémoire.*

*Ensuite, je remercie les infirmier(e)s en chef
des organisations de soins infirmiers à domicile interrogé(e)s
qui ont pris de leur temps pour permettre la réalisation de cette recherche.*

*Enfin, je voudrais également à remercier ma famille et mes proches
qui m'ont toujours soutenue et encouragée
et qui ont cru en moi en bien des aspects.*

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Cadre théorique.....	2
2.1. Soins de santé primaires	3
2.2. L'efficience.....	3
2.2.1. La qualité des soins	4
2.2.2. Évaluation de la qualité des soins	6
2.3. Le management.....	8
2.3.1. Rôles du management	8
2.3.2. Leadership	9
2.3.3. Infirmier(e) en chef	9
3. Cadre contextuel	10
3.1. Les soins infirmiers à domicile.....	10
3.1.1. En chiffres	11
3.1.2. Patients	12
3.1.3. Prestations infirmières.....	12
3.1.4. Financement	12
3.1.5. Structure	13
3.2. Contraintes à l'atteinte du Triple Aim.....	13
3.2.1. Exemple.....	14
3.2.2. Complexité du calcul.....	15
3.2.3. Statut de l'infirmier(e).....	16
3.3. Mesures de la qualité des soins.....	17
3.3.1. L'efficacité des soins.....	17
3.3.2. La pertinence des soins	18
3.3.3. La sécurité des soins.....	18
3.3.4. La continuité des soins	18
3.3.5. Les objectifs de soins orientés patient.....	19
3.3.6. L'équité de l'accès aux soins	19
3.4. Schéma théorique	20
3.5. Problématisation et question de recherche	21
3.5.1. Questions à priori	21
3.5.2. Question de recherche	21
4. Matériel et méthodes.....	22
4.1. Préambule	22
4.2. Collecte des données	23
4.2.1. Création d'un guide d'entretien.....	23
4.2.2. Caractéristiques du chercheur	23

4.2.3.	Choix des participant(e)s.....	23
4.2.4.	Pré-test.....	24
4.2.5.	Contexte des entretiens.....	24
4.3.	Analyse des données.....	25
5.	Résultats.....	26
5.1.	Management	26
5.1.1.	Organisation des tournées en fonction de la localisation géographique et de l'horaire requis pour les soins.	26
5.1.2.	Communication avec l'équipe.....	27
5.1.3.	Contrôle et évaluation de l'équipe	28
5.2.	Vision de la qualité des soins	29
5.2.1.	Définition de la qualité des soins	29
5.2.2.	Efficacité des soins.....	30
5.2.3.	Pertinence des soins	30
5.2.4.	Sécurité des soins	31
5.2.5.	Continuité des soins	33
5.2.6.	Objectifs de soins orientés patient.....	34
5.2.7.	Évaluation de la qualité des soins	34
5.2.8.	Éléments influençant la qualité des soins.....	35
5.3.	Rentabilité des prestations infirmières	36
5.3.1.	Calcul de la rentabilité des prestations infirmières	36
5.3.2.	Éléments influençant la rentabilité des prestations infirmières.....	37
5.4.	Stratégies d'efficience des soins.....	39
5.4.1.	Formation et sensibilisation des infirmier(e)s.....	39
5.4.2.	Notoriété de l'organisation.....	40
5.4.3.	Ambiance au travail	41
5.4.4.	Collaboration et coordination avec d'autres services.....	41
5.4.5.	Diminution du turnover.....	42
5.4.6.	Autres dispositions internes	43
6.	Discussion.....	45
6.1.	Analyse des résultats sur base du schéma théorique	45
6.2.	Mise en perspective des résultats avec la littérature.....	47
6.2.1.	Influence du style de management sur la qualité des soins.....	47
6.2.2.	Mesure de la qualité des soins infirmiers à domicile	48
6.2.3.	Fixation des objectifs de soins orientés patient.....	48
6.2.4.	Freins à l'équité dans les soins infirmiers à domicile	49
6.2.5.	Freins à la pratique de l'Evidence Based Nursing dans le secteur des soins infirmiers à domicile	49

6.2.6.	Logiques d'efficience des soins à domicile.....	50
6.2.7.	Éléments influençant la performance des soins infirmiers à domicile.....	50
6.2.8.	Difficultés dans l'établissement de stratégies d'efficience des soins infirmiers à domicile	51
6.3.	Critique méthodologique	52
6.4.	Perspectives de recherche	53
7.	Conclusion	54
8.	Bibliographie.....	55
9.	Annexes.....	66
9.1.	L'échelle de Katz (INAMI, 2018)	66
9.2.	Guide d'entretien	68

1. Introduction

Dans le cadre de mon Master en Santé Publique, finalités gestion des institutions et management humain et comportement organisationnel, j'ai été amenée à rédiger un mémoire en lien avec l'une de mes options. Exerçant en tant qu'infirmière dans une organisation de soins infirmiers à domicile depuis plus de deux ans, ce domaine et ses différentes facettes se sont offerts à moi pour la rédaction de ce travail. En effet, étant sur le terrain, j'ai pu observer et traverser les subtilités inhérentes à ce type d'organisation.

Tout d'abord, au sein des organisations de soins infirmiers à domicile, indépendantes ou non, une certaine qualité des soins prestés est requise. Cette notion, dont la définition n'est pas arrêtée et varie selon les professionnels et les types de soins, est la valeur principale prônée par l'infirmier(e) à domicile (Aide et soins à domicile, 2018). Cependant, celle-ci doit être couplée avec la notion de rentabilité des soins. Bien que le terme « rentabilité » paraisse un peu hors de propos dans le cadre des soins aux personnes, il a pourtant une place centrale et indispensable dans ce type d'organisation.

Ensuite, en tant qu'acteur de terrain, la notion de qualité des soins est centrale puisque le contact avec le bénéficiaire de soins et son état de santé est direct. Par contre, en tant qu'infirmier(e) en chef, la qualité des soins est primordiale mais la notion de rentabilité des soins prestés est mise en avant, dans un but de pérennité de l'organisation. Celui(elle)-ci doit pouvoir organiser le travail et gérer son équipe de manière à ce que la qualité des soins offert aux bénéficiaires et la rentabilité de ces soins soient en équilibre. Cet équilibre est appelé efficience.

En outre, lors de la prestation des soins, l'infirmier(e) en chef n'est pas présent(e) sur le terrain avec les membres de son équipe. Il(elle) doit pouvoir développer des stratégies et mobiliser des ressources afin d'assurer cette efficience au sein de son organisation.

Ces différentes réflexions nous ont amenées à la question de recherche de ce mémoire : « Quelles sont les stratégies et ressources employées par l'infirmier(e) en chef pour maintenir une efficience dans le cadre d'une organisation dispensant des soins infirmiers à domicile en Belgique francophone ? »

Les objectifs de ce travail seront tout d'abord de décortiquer le fonctionnement des organisations de soins infirmiers à domicile afin d'en comprendre les différents mécanismes. Ensuite, de définir de manière plus spécifique les notions de qualité et de rentabilité dans les soins infirmiers à domicile, telles que perçues par les personnes interrogées, afin d'avoir une

vision plus précise de la différence entre le travail prescrit et le travail réalisé sur le terrain. Enfin, d'établir les ressources et stratégies mobilisées par les infirmier(e)s en chef de ce type d'organisation dans le but de fournir des sources informatives aux différent(e)s infirmier(e)s en chef à domicile et de les aider dans le management de leur équipe.

Ce mémoire sera constitué de différentes parties. La première consistera en la définition des différentes notions prenant part à ce travail. La deuxième mettra en pratique ces notions dans le cadre des soins infirmiers à domicile en Belgique francophone. La troisième présentera les résultats inhérents à la question de recherche par le biais d'entretiens qualitatifs réalisés auprès de différents managers de soins infirmiers à domicile. La quatrième tentera de répondre à la question de recherche sur base des résultats des entretiens et de la littérature sur le sujet.

2. Cadre théorique

La rédaction de ce mémoire a été réalisée en effectuant des recherches sur les bases de données « PubMed », « ScienceDirect », « Cairn » ainsi que « Google Scholar ». Les données quantitatives ont été puisées dans les bases de données « OECD Health Data » et « Statistics Belgium ». Nous avons utilisé les mots-clés « Home care » OR « Home based » OR « Outpatient » OR « Ambulatory » OR « Home Health Care » pour déterminer notre population-cible. Puis, nous les avons associés au mot-clé « Nursing » afin de définir notre intervention. Les mots-clés « Quality » OR « Quality indicators » OR « Efficiency » OR « Cost-effectiveness » ont ensuite été ajoutés aux précédents pour cibler les résultats qui nous intéressent.

Les sites officiels de l'INAMI, du KCE et du SPF Santé Publique ont également été utilisés pour les recherches concernant le financement ainsi que le fonctionnement des soins infirmiers à domicile belges. De plus, les cours de management humain et de comportement organisationnel prodigués durant le Master en Santé publique à l'UCL de Woluwé-Saint-Lambert ont servi de base pour les références bibliographiques concernant le management.

Concernant les données quantitatives relatives aux tarifs des prestations infirmières à domicile ainsi qu'aux données épidémiologiques relatives aux soins de santé de première ligne, ce sont les chiffres les plus récents qui ont été conservés comme base pour l'analyse.

Nous commençons par définir le concept de soins de santé primaires avant de détailler le concept central de ce travail qu'est l'efficience, y compris les notions de qualité des soins et de rentabilité/coût. Ensuite, nous développons les notions de management.

2.1. Soins de santé primaires

Les soins à domicile font partie des soins de santé primaires. Ces derniers sont définis par James Macinko et al. (2007) comme étant les soins de premier niveau, c'est-à-dire les soins qui sont le point de départ par rapport au système de santé. « *Ce niveau primaire est censé pouvoir répondre à 90% des problèmes de santé d'une population (...)* » (Heymans, 2006, p.25). Les soins de santé primaires doivent répondre à quatre principes de base leur garantissant une qualité (Macinko et al., 2007) : la globalité des soins (aspects physique, somatique, psychique, culturel, familial, économique), la continuité des soins (vision commune de l'état de santé du patient par les différents intervenants), l'intégration des soins (prévention, éducation à la santé, curation, revalidation, réhabilitation) et l'accessibilité aux soins pour tous (accessibilité financière, horaire, géographique ou culturelle). De plus, la participation du patient doit être centrale dans les soins offerts.

Selon le rapport sur la performance du système de santé belge réalisé par le KCE en 2015, « *l'efficacité des soins primaires est mesurée par le nombre d'hospitalisations évitables pour deux pathologies chroniques, l'asthme et le diabète* » (Vrijens et al., 2015, p.24). Selon ce même rapport, ces hospitalisations évitables sont à la baisse, ce qui peut signifier une amélioration de la qualité des soins de santé primaires en Belgique.

Dans le cadre de ce mémoire, nous définissons les soins de santé primaires comme les soins de première ligne offerts aux patients avant toute hospitalisation. Nous nous intéresserons uniquement aux soins réalisés à domicile, faisant partie des soins de santé primaires.

2.2. L'efficience

Les soins à domicile, comme peut l'être toute organisation, sont soumis au principe d'efficience. L'efficience « (...) désigne l'optimalité de la production de soins aussi bien au sens de l'obtention maximale de résultats pour un montant donné de ressources, qu'au sens de la minimisation des moyens engagés pour un niveau donné de soins » (Cuneo, 2000, p.30-31). Il s'agit donc de la nécessité d'atteindre le plus haut niveau de qualité de soins possible (voir point 3.3. Qualité des soins) en fonction d'un montant donné. Dans le cadre de ce mémoire et dans le contexte des soins infirmiers à domicile belges, l'efficience consiste dans le fait de prêter des soins de qualité auprès d'un maximum de patients dans une tranche horaire définie au préalable par l'organisation.

Plus récemment, nous avons pu voir apparaître dans la littérature le concept du « Quadruple Aim »¹ (Sikka et al., 2015). Ces quatre objectifs sont l'amélioration de l'expérience individuelle de santé², l'amélioration de la santé de la population, la réduction du coût par habitant des soins de santé et l'amélioration de l'expérience des dispensateurs lors des prestations de soins. Ces objectifs ont été créés afin de réformer le système de santé au sein des organisations de santé et ont pour but de repenser le système de soins pour une population en bonne santé ainsi qu'une diminution des coûts des prestations. Ce mémoire s'intéresse plus particulièrement aux trois premiers objectifs (le « Triple Aim » (Sikka et al., 2015)).

2.2.1. La qualité des soins

La qualité des soins est définie par le KCE comme étant « *la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment* » (Vrijens et al., 2015, p.24). Elle regroupe cinq notions indispensables : l'efficacité, la pertinence, la sécurité, la continuité et l'approche centrée sur le patient (Vrijens et al., 2015).

Tout d'abord, l'efficacité des soins réalisés équivaut au « *degré d'obtention de résultats désirables moyennant la mise à disposition correcte de services de soins de santé evidence-based à toute personne susceptible d'en retirer un bénéfice, mais pas à celles qui n'en retireraient aucun bénéfice* » (Vrijens et al., 2015, p.24). Pour connaître l'efficacité d'un soin réalisé, c'est le résultat de celui-ci qui sera évalué.

Ensuite, la pertinence représente « *la mesure dans laquelle les soins de santé fournis sont adaptés aux besoins cliniques, eu égard aux meilleures preuves disponibles à ce point dans le temps* » (Vrijens et al., 2015, p.27). Dans le cadre des soins à domicile, la pertinence a trait à une certaine « logique des patients ». En effet, un « plan de visite » doit être établi afin de déterminer les patients à soigner en priorité, en fonction de leur dépendance (Eveborn et al., 2005). Par exemple, il n'est pas pertinent de réaliser une toilette en fin de tournée chez une personne incontinente et alitée.

Par ailleurs, la sécurité des soins signifie « *la mesure dans laquelle le système ne nuit pas au patient* » (Vrijens et al., 2015, p.30). Dans le cadre des soins infirmiers à domicile, il peut s'agir de l'obtention du consentement du patient pour la réalisation des soins, la prévention des chutes avec l'utilisation des moyens auxiliaires de déplacements tels que des cannes ou tribunes ou

¹ But quadruple. Traduction libre par Elise Verschooren.

² En lien avec la qualité des soins.

encore l'utilisation stricte des produits prescrits par le médecin lors de la réfection de pansements. La mise en place des barrières de lit lors de la mobilisation du patient au cours de la toilette en est un exemple plus précis.

En outre, la continuité des soins se définit comme « *la mesure dans laquelle les soins de santé dispensés au fil du temps à un utilisateur spécifique sont organisés de façon fluide au niveau d'un prestataire, d'une institution et d'une région et entre ces acteurs, et la mesure dans laquelle le cours de la maladie est couvert dans son entièreté* » (Vrijens et al., 2015, p.32). Plusieurs facettes de la continuité ont été identifiées. Il s'agit de la continuité de l'information (données concernant le patient), la continuité relationnelle (relation durable entre les patients et les prestataires), la continuité de la gestion des soins (soins cohérents entre les dispensateurs) et la continuité de la coordination (lien durable entre les prestataires dans un but commun) (Vrijens et al., 2015, p.32).

Enfin, l'approche centrée sur le patient est une prise en charge comprenant « *des soins respectueux et attentifs aux préférences, besoins et valeurs du patient, et qui veillent à ce que ces dernières guident la prise de décision clinique* » (Vrijens et al., 2015, p.35). La difficulté à passer d'une attention sur le prestataire à une attention sur le bénéficiaire est cependant fréquemment mentionnée (Luxford et al., 2011)³. De plus, étant beaucoup mieux informés qu'auparavant, les patients peuvent avoir des attentes différentes voire contraires à celles des prestataires, ce qui peut mettre à mal la notion de soins centrés sur le patient (Van der heyden, 2008).

Cette dernière notion est plus couramment dénommée « objectifs de soins orientés patient ». En effet, selon David B. et Tinetti M. (2012), dans l'atteinte du Triple Aim, le patient ne peut être considéré sans prendre en compte ses objectifs et préférences par rapport à la relation de soins. De plus, selon Shafir et al. (2016), les prestataires de soins à domicile devraient agir en collaboration avec leurs patients afin d'identifier des objectifs de soins adaptés et de les guider dans la prise de décision concernant ces derniers.

³ En effet, nous pourrions donner comme exemple une infirmière venant réaliser une injection intramusculaire chez une patiente. Imaginons que cette dernière est aux toilettes et que, pour ne pas perdre de temps, l'infirmière réalise cette injection alors que sa patiente est en train de faire ses besoins. Ceci n'est objectivement pas un soin centré sur le patient.

Une table d'indicateurs de qualité de soins à domicile récente a été établie par Health Quality Ontario (2013). Ces indicateurs sont : une accessibilité aux soins, une efficacité des soins, une sûreté des soins, des soins axés sur le patient, des soins efficaces et des soins centrés sur la population.

Il existe, dans le cadre général des soins infirmiers, une démarche scientifique appelée « Evidence Based Nursing » qui « (...) vise à *optimiser la qualité des soins et services offerts au patient, sur base des connaissances probantes les plus actuelles.* » (Karam et al, 2016, para.1). Cette démarche consiste, de manière résumée, à énoncer une question clinique à partir d'un problème relatif au patient, à rechercher l'information la meilleure possible (lignes directrices, revues systématiques, etc.), à lire de manière critique cette information, à appliquer dans la pratique les informations/recommandations lues et à évaluer les résultats de l'action (Karam et al., 2016).

2.2.2. Évaluation de la qualité des soins

Selon la définition de l'OMS en 1982, « *L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins* » (cité dans Actualité et dossier en Santé Publique, 2001, p.24).

Chaque notion constituant la définition de la qualité des soins (efficacité, pertinence, sécurité, continuité et approche centrée sur le patient) doit pouvoir être évaluée. Le rapport du KCE sur la performance du système de santé belge réalisé en 2015 permet d'identifier les bases d'évaluation des déterminants de cette qualité. Celles-ci sont reprises ci-dessous.

Premièrement, en ce qui concerne l'efficacité des soins, comme expliqué ci-dessus, ce sont les résultats découlant des soins réalisés qui vont être évalués.

Deuxièmement, la pertinence des soins est principalement évaluée sur base de la conformité de l'acte réalisé selon les recommandations des directives cliniques.

Troisièmement, la sécurité des soins est évaluée via des indicateurs, notamment le pourcentage d'infections nosocomiales, des complications post-chirurgicales, des complications liées aux soins infirmiers ainsi que de la polymédication chez les personnes de plus de 65 ans.

Quatrièmement, la continuité des soins est principalement évaluée sur base de la proportion de diabétiques adultes (insulinodépendants ou non) possédant une convention, un passeport ou un trajet de soins.

Cinquièmement, l'évaluation de l'approche centrée sur le patient se réalise en analysant la reconnaissance des besoins des patients ainsi que de ses envies et préférences, la qualité de la communication et l'implication du patient et de son entourage dans les soins offerts.

De manière plus générale, le cadre théorique de Dubois et al. (2013) développe divers indicateurs permettant d'évaluer la performance en soins infirmiers dans le sens qualitatif du terme, donc, de l'évaluation de la qualité des soins prestés. Il est composé de trois indicateurs principaux développés en sous-indicateurs. Le premier, « Acquérir, développer et maintenir des ressources infirmières », est relatif à l'effectif infirmier, à sa durabilité et son maintien, aux conditions de travail, à leurs liens avec les processus de soins infirmiers et les résultats au niveau du patient, à leur potentiel pour détecter des défaillances dans le système de soins infirmiers et à leur sensibilité à la gestion des soins infirmiers. Le deuxième, « Transformer les ressources infirmières en services infirmiers pertinents », concerne, en plus de la sensibilité aux interventions infirmières, du lien avec les résultats des patients et du potentiel à détecter les défaillances, l'environnement, le processus, l'expérience et la satisfaction du personnel infirmier. Enfin, le troisième, « Produire des changements positifs dans les conditions des patients », comprend l'ensemble des résultats patients au niveau de la sécurité, du confort, de la qualité de vie liée aux soins, des changements dans les connaissances, capacités et comportements, du statut fonctionnel, de la satisfaction liée à l'expérience de soin. De plus, il comprend également les résultats reflétant une contribution conjointe des soins infirmiers et autres systèmes de soins.

Dans le cadre de ce mémoire, nous définissons le concept d'efficience comme « un équilibre entre la qualité des soins offerte aux bénéficiaires et la rentabilité de ces soins ». Autrement dit, la réalisation d'un maximum de prestations de qualité dans un laps de temps limité.

Au sein des organisations de soins infirmiers à domicile, la qualité des soins ainsi que la rentabilité de ceux-ci sont évalués par l'infirmier(e) en chef responsable d'une équipe infirmière. Ce rôle fait partie intégrante de la fonction de management que nous allons décrire ci-après.

2.3. Le management

2.3.1. Rôles du management

Plusieurs visions du management sont abordées par divers auteurs et sociologues au fil du temps. Selon Drucker P. et Maciariello J. (2008), le management est l'organe central de chaque institution, qu'elle soit grande ou petite. C'est une fonction sociale intégrée dans les traditions et valeurs de l'organisation, dans ses règles et ses croyances ainsi que dans son système politique et « gouvernemental ». Elle nécessite une certaine autorité mais également de la discipline et un développement des relations sociales inter-organisationnelles.

Pour développer un management efficace, certaines actions doivent être réalisées par les managers (Drucker et Maciariello, 2008). Il s'agit de définir des objectifs, d'organiser et d'analyser le travail, de motiver et de communiquer, de mesurer la performance et de développer les capacités du personnel. Cette conception du management est proche de celle d'Henry Mintzberg. En effet, ce dernier développe dans son ouvrage « *Managers Not MBAs* » (2009) sa propre vision du management. Il le définit comme étant la capacité à diriger une organisation. Elle relève de l'art, de l'expérience et de l'apprentissage sur le terrain. Elle ne peut pas être simplement basée sur la théorie et les connaissances préalables. De plus, toujours selon Henry Mintzberg (2009), un manager doit être doté de compétences humaines et non uniquement professionnelles. En effet, selon cet auteur, une ouverture d'esprit et une capacité d'adaptation sont essentielles afin de travailler efficacement avec les personnes constituant l'organisation, en accord avec leur caractère.

Le manager est donc responsable de la division et de la répartition du travail dans son équipe ainsi que de la gestion des relations s'établissant au sein de celle-ci (Drucker et Maciariello, 2008). Il doit pouvoir s'adapter au contexte organisationnel mais également aux relations, croyances et valeurs qui en découlent. Cela nécessite une réflexion et une adaptation continue aux changements institutionnels (Drucker et Maciariello, 2008).

Le rôle du manager varie selon les organisations puisqu'il s'agit d'une position dans l'équipe, souvent informelle (OXALIS-LA RUCHE Scop S.A., 2017). Cette notion se rapproche de celle du leader puisqu'elle dépend de la personnalité du manager, de son expérience, de ses actions, etc. Dans le cadre de ce mémoire, nous entendons par « le rôle du manager » sa manière d'organiser le travail, de collaborer et de communiquer avec son équipe.

2.3.2. Leadership

Il est difficile de parler de management sans aborder la notion de leadership. Ce concept connaît diverses définitions mais celle de Northouse (2013) est celle qui retient particulièrement notre affection : « *Leadership is a process whereby an individual influences a group of individuals to achieve a common goal* » (Northouse, 2013, p.5). Nous pouvons traduire cette phrase de telle manière : le leadership est un processus par lequel une personne influence un groupe d'individus afin d'atteindre un but commun⁴. Cette définition est affinée en 2017 par Antonin Gaunand, expert en leadership. En effet, il ajoute les notions de durée limitée dans le temps et de confiance mutuelle entre le leader et le groupe. De plus, divers traits, comportements et styles de leadership ont été développés et pensés au fil du temps.

Le leader, sur base d'une confiance mutuelle, va pouvoir mobiliser son groupe en vue d'un objectif commun au service de l'efficacité et du bien-être de son organisation. Cette mobilisation se base sur les caractéristiques personnelles du leader, ses comportements, ses fonctions, rôles et pratiques, ses décisions, ses actions ainsi que ses performances (Meurens, 2017). Selon Warren Bennis (2009), c'est là que se fait la distinction entre un leader et un manager. Selon lui, un manager est celui qui fait les choses bien et un leader est celui qui fait les bonnes choses.

2.3.3. Infirmier(e) en chef

Dans le cadre de ce mémoire, nous entendons par le concept « management » la fonction que joue un(e) chef responsable, autrement appelé(e) infirmier(e) en chef, envers un groupe d'infirmier(e)s au sein d'une organisation de soins infirmiers à domicile. Cette fonction décrit une responsabilité technique ou fonctionnelle accompagnée d'une définition du travail à fournir sur base d'objectifs chiffrés ou non (OXALIS-LA RUCHE Scop S.A., 2017). Puisqu'il n'existe pas d'Arrêté Royal concernant la définition propre des fonctions d'infirmier(e)s en chef à domicile - contrairement à celles des d'infirmier(e)s en chef hospitalier(e)s - celles-ci sont définies par l'organisation. Nous pouvons cependant nous baser sur cet Arrêté Royal pour entrevoir les fonctions principales d'un(e) infirmier(e) en chef à domicile (Arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef). Il(elle) est responsable de l'organisation, de la continuité ainsi que de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe. De plus, il(elle) doit contrôler et évaluer son équipe en étant en phase avec la vision

⁴ Traduction libre par Elise Verschooren.

stratégique du département infirmier de l'organisation, avec les évolutions et les attentes de celle-ci. Les fonctions de collaboration avec les supérieurs hiérarchiques, de l'utilisation optimales des moyens pour des soins infirmiers de qualité, d'offre de formations, de communication et de concertation avec son équipe et les patients viennent s'ajouter.

3. Cadre contextuel

3.1. Les soins infirmiers à domicile

Bien que les soins à domicile aient toujours été présents au cours de l'histoire par le biais des familles, amis et voisins, c'est au cours du 20^{ème} siècle qu'ils sont réellement mis en lumière en Belgique. En effet, « (...) *à la suite des mutations constitutionnelles de la Belgique aboutissant au morcellement des compétences en termes de soins de santé, de santé publique et d'aide à la vie journalière en cas de perte d'autonomie ainsi qu'à la détermination de priorités budgétaires axées sur les entreprises hospitalières et pharmaceutiques, la première ligne s'est vue privée d'une indispensable reconnaissance* » (Lemaire, 2003, p.55).

Un moratoire des nouveaux lits hospitaliers a lieu en 1983 et est accompagné de la fermeture de certains services de longue durée afin de permettre une conversion en lits de maison de repos et de soins. Sont ajoutées à cela une réduction de la durée d'hospitalisation et l'envie de la population de rester chez eux durant leur maladie et lors de leur mort (Lemaire, 2003). Le but principal de ces réformes était de diminuer les dépenses en santé dans le contexte de la crise économique. Ce fut le point de départ du développement des soins infirmiers à domicile tels que nous les connaissons aujourd'hui. Gérard Lemaire (2003) souligne le fait que plusieurs facteurs interviennent dans la croissance de ces services de soins : le facteur démographique avec le vieillissement de la population, le facteur sociologique avec une croissance de l'intergénérationnel, le facteur financier avec la nécessité de réduire les dépenses hospitalières, le facteur psychologique avec le besoin de rester chez soi et enfin le facteur technologique avec la possibilité dorénavant d'effectuer divers actes techniques à domicile.

Le rapport du KCE concernant la performance du système de santé belge réalisé en 2015 permet de situer les soins infirmiers à domicile en Belgique. En effet, 7% des personnes diplômé(e)s en soins infirmiers et travaillant dans le secteur des soins de santé exercent leur travail dans les soins à domicile (Vrijens et al., 2015). Ces soins sont définis dans ce rapport comme étant des interventions infirmières techniques ainsi que des soins de base, essentiellement des soins

d'hygiène, chez des patients présentant des difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. De nombreuses structures ont été mises en place afin de maintenir le plus longtemps possible à domicile les patients en perte d'autonomie ou atteints d'une maladie.

Cependant, malgré l'organisation actuelle, la plupart des patients de plus de 65 ans nécessitant des soins de longue durée résident en maison de repos ou maison de repos et de soins plutôt que dans leur demeure. De plus, le pourcentage de patients décédant à domicile est faible et ne semble pas prendre plus d'ampleur (Vrijens et al., 2015).

Une Convention nationale entre les infirmiers et les Organismes assureurs est en place et réunit des infirmier(e)s gradué(e)s, breveté(e)s, des accoucheuses, des assistant(e)s en soins hospitaliers et les organismes assureurs (Service d'évaluation et de contrôle médicaux, 2016). Cette convention régit entre autres les prix et les honoraires des activités infirmières, les frais de transport et leur indemnisation et les modalités d'attestation des soins prestés avec l'application du tiers-payant ou du ticket modérateur.

Dans le cadre de ce mémoire, nous définissons les soins infirmiers à domicile comme étant les soins techniques et d'hygiène réalisés par les infirmier(e)s sur le lieu de résidence des patients, sous l'autorité de l'infirmier(e) en chef de l'organisation dans lequel ils(elles) exercent.

3.1.1. En chiffres

En Belgique, les soins infirmiers à domicile connaissent une certaine ascension depuis les années 1970. Cette inflation est estimée à 0,7% des dépenses publiques en matière de soins de santé pour les années 2001 à 2030 (Sermeux et al., 2010). Les causes en sont multiples : l'accroissement des maladies chroniques, le vieillissement de la population en association avec l'hypertension, le diabète, l'ostéoporose et les maladies oculaires telles que la cataracte ou le glaucome. Pour l'année 2015, cette part de dépenses publiques en santé dans le cadre des soins à domicile était de 0,6% (OECD, 2017).

En 2007, les dépenses de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité⁵ concernant les soins à domicile équivalaient à la somme de 857 456 €, c'est-à-dire 4,54% des dépenses totales de l'institution (Sermeux et al., 2010). Cette proportion est en accroissement constant, en lien avec le développement de cette structure de soins.

⁵ Institut National d'Assurance Maladie Invalidité : INAMI. Cette abréviation sera désormais utilisée.

3.1.2. Patients

Trois profils types de patients à domicile ont pu être identifiés par le KCE en 2010. Le premier profil concerne les patients avoisinant la soixantaine, nécessitant un suivi post-hospitalier d'environ un mois. Le deuxième profil correspond aux patients plus « jeunes », ayant comme demande des soins d'une durée inférieure à un mois. Enfin, le troisième profil regroupe les patients de plus de 75 ans qui requièrent des soins chroniques.

3.1.3. Prestations infirmières

L'INAMI (2017) définit quatre types de prestations pouvant être réalisées par l'infirmière au domicile du patient.

Tout d'abord, la prestation de base qui consiste en l'observation globale du patient, le planning et l'évaluation des soins réalisés, l'accompagnement du patient et de son entourage, la tenue du dossier infirmier et les frais de déplacement.

Par ailleurs, les prestations techniques telles que les soins de plaies, la préparation et/ou l'administration de médicaments (par voie orale, sous-cutanée, intramusculaire ou intravasculaire), l'application de pommades, de gouttes pour les yeux, etc. Ces prestations techniques prennent en compte également les soins d'hygiène dont la fréquence est évaluée via l'échelle de Katz (Voir annexe n°1).

Ensuite, les prestations techniques spécifiques qui concernent quant à elles la mise en place ou le retrait de cathéter à demeure ainsi que le remplacement de sondes vésicales sus-pubiennes à ballonnet et de sondes de gastrostomie à ballonnet.

Enfin, les consultations infirmières qui comprennent la détermination des problèmes de santé du patient et en la formulation d'objectifs de soins. Cette consultation est réalisée en concertation avec le patient et son entourage et ne peut être facturée qu'une fois par an maximum.

3.1.4. Financement

Le fonctionnement du financement des soins à domicile belges est expliqué dans le rapport sur le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique du KCE de 2010 et est résumé ci-dessous. Les soins infirmiers à domicile, qu'ils soient délivrés par des infirmières indépendantes ou par des organismes privés sans but lucratif, sont financés par l'INAMI. Ce financement reste le même peu importe le niveau de qualification de l'infirmier(e) (bachelier(e) ou hospitalier(e) – anciennement A1 ou A2).

Deux systèmes de financement sont possibles : le financement forfaitaire ou les rémunérations à l'acte. Le financement forfaitaire se rapporte aux activités infirmières ayant comme but une aide dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). La dépendance par rapport à ces activités est évaluée par les infirmières via l'échelle de Katz (INAMI, 2018). Pour les soins à domicile, il s'agit du Katz domicile (Voir Annexe n°1). Pour bénéficier de ces soins, une prescription médicale n'est donc pas nécessaire. Il est surtout question ici de soins d'hygiène. Les rémunérations à l'acte se rapportent quant à elles aux différentes interventions techniques pouvant être réalisées. Elles nécessitent une prescription médicale préalable. Ces rémunérations peuvent être majorées en cas d'interventions spéciales nécessitant des infirmier(e)s spécialisé(e)s. Pour éviter la surconsommation de soins à domicile, un plafond journalier de 17,55€ (depuis le 1^{er} janvier 2018) est prévu par rapport à cette rémunération à l'acte (INAMI, 2018).

3.1.5. Structure

En 2015, 28 569 praticiens de l'art infirmier étaient actifs à domicile (Verliefde, 2017). Selon Gobert et al. (2010), la proportion de prestataires en soins infirmiers exerçant dans le domaine des soins à domicile correspondrait à 15% de l'ensemble des prestataires infirmiers dont deux tiers exerceraient en tant qu'indépendants et le dernier tiers en tant que salariés au sein d'un centre de soins à domicile. La quasi-totalité des infirmier(e)s salarié(e)s en soins à domicile sont représenté(e)s au sein de la Fédération Aide et Soins à Domicile (FASD), qui est liée à la mutualité chrétienne, et au sein de la Fédération des Centrales de Services à Domicile (FCSD), liée, quant à elle, à la mutualité socialiste (Boulet, 2012).

3.2. Contraintes à l'atteinte du Triple Aim

Depuis l'an 2000, un écart de 7 à 8% est observé entre l'intervention INAMI et les coûts réels des prestations en soins infirmiers à domicile (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique, 2013). De plus, la hausse constante du prix des carburants induit un coût supplémentaire lors des kilomètres parcourus. Une rentabilité est donc demandée de la part du personnel infirmier, les prestations de soins étant sous-financées. Il doit en conséquence travailler au plus vite et ce malgré les soins de plus en plus complexes et pointus.

Par exemple, pour l'année 2012, le secteur des soins infirmiers à domicile « *a dû réaliser 16,6 millions d'économies* » (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique, 2013, p.26). En comparaison avec les secteurs des maisons de repos (et de soins) ainsi que les hôpitaux, seul le secteur du domicile avait pour objectif de réaliser des économies d'une telle ampleur, leur budget économique ayant été revu à la baisse (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique, 2013). Or, le secteur des soins de première ligne tend à se développer de plus en plus, chose compliquée au vu des économies requises (Callens, 2015).

3.2.1. Exemple

L'honoraire demandé pour la réalisation d'une injection intramusculaire par un(e) infirmier(e) gradué(e) est de 2,22€ (INAMI, 2018). Ajouté à l'honoraire de la prestation de base (4,03€), nous atteignons un montant total de 6,25€ ticket modérateur (c'est-à-dire la somme que le(la) patient(e) devra réellement sortir de sa poche) compris.

Un(e) infirmier(e) ayant un an d'ancienneté dans le domaine des soins à domicile a un coût horaire net de 20,85€⁶ hors coût de déplacements. Si la distance entre deux patients est de 5km, elle engendre alors un montant de 1,74€ lors de son trajet. En sachant que le coût kilométrique pour cette même distance est de 1,73€⁷, le coût total équivaut à la somme de 3,47€.

Hors frais matériel, administratif et de prestation, le bénéfice réalisé est de 2,78€.

Afin que les soins infirmiers soient rentables, la prestation doit donc être réalisée en moins de 7 minutes et demie dans le cas où l'infirmier(e) ne travaille que depuis un an dans l'organisation. Or, dans la pratique, une moyenne de 10 minutes est estimée pour la réalisation de ce soin (FIIB, 2012).

À titre de comparaison, l'honoraire pour la réalisation de cette même injection intramusculaire à domicile par un médecin est de 30,72€ (INAMI, 2018). Celui-ci permet un bénéfice bien supérieur à celui de l'infirmier(e) gradué(e). Or, la technique d'injection intramusculaire est identique. Le médecin bénéficiant d'une plus grande formation et d'un diplôme supérieur, son honoraire sera donc majoré. Il profitera également d'un plus grand laps de temps pour réaliser cette injection en restant dans sa marge bénéficiaire.

⁶ 15,5616 € x 1,34 de cotisations patronales (CGSLB, 2017)

⁷ 5 x 0,3460 € (UCM, 2017)

3.2.2. Complexité du calcul

Selon Davies (2005), la qualité des soins peut être définie comme étant le bon traitement au bon patient au bon moment. Cependant, dans le contexte des soins à domicile en Belgique francophone, aucune littérature n'émet de recommandations concernant la réalisation de ce traitement, au bon patient, au bon moment et par le professionnel de soins adéquat. Pourtant, comme démontré dans le paragraphe précédent, bien que l'acte de soin soit identique, le coût engendré diffère selon le professionnel l'ayant réalisé. Différentes logiques de soins peuvent alors apparaître.

Selon une logique d'efficacité sociétale, il est préférable que l'acte de soin soit réalisé par un(e) infirmier(e) plutôt que par le médecin traitant. En effet, si nous prenons l'exemple d'une injection sous-cutanée, l'honoraire de l'infirmier(e) gradué(e) sera de 2,22€ (INAMI, 2018). Le ticket modérateur sera de 0,55€ (INAMI, 2018) dans le cas où l'infirmier(e) est conventionné(e). Si cette injection sous-cutanée est réalisée par le médecin traitant, l'honoraire demandé sera de 30,72€ (INAMI, 2018) avec un ticket modérateur de 10,75€ (INAMI, 2018) dans le cas où le(la) patient(e) ne bénéficie pas d'un régime préférentiel (BIM – Bénéficiaire de l'Intervention Majorée - ou VIPO – Personne Veuve, Invalide, Pensionnée ou Orpheline -). La différence de remboursement au patient est donc conséquente et démontre que, pour que ce soin soit efficace pour le patient, il doit être réalisé par un(e) infirmier(e) travaillant à domicile plutôt que par le médecin de famille.

Selon une logique de continuité relationnelle, il est préférable que l'acte de soin soit réalisé par le professionnel se trouvant déjà au domicile du patient, celui-ci pouvant être le médecin traitant. En effet, dans le cas où ce dernier prescrirait la réalisation d'un sondage vésical au(à) patient(e) et qu'il déciderait de réaliser cet acte technique lui-même, l'honoraire demandé serait toujours de 30,72€ avec un ticket modérateur de 10,75€. S'il prescrit ce soin et qu'il demande la venue d'un(e) infirmier(e) au domicile du patient pour la réalisation de cet acte, le(la) patient(e) devrait tout de même payer son médecin traitant pour la consultation selon les prix cités ci-dessus et devrait de plus payer l'infirmier(e). L'honoraire demandé par ce(cette) dernier(e) pour un sondage vésical est de 3,69€ avec un ticket modérateur de 0,92€. Bien que ce dernier soit moindre, il peut être évité dans une logique de continuité relationnelle.

Ces logiques peuvent être approchées de diverses manières par les professionnels de soins en l'absence de recommandations de la part des autorités compétentes. Il est donc très complexe pour les acteurs de terrain de prendre en compte l'ensemble des déterminants entourant les soins à domicile et leur financement.

3.2.3. Statut de l'infirmier(e)

Le métier d'infirmier(e) indépendant(e) semble financièrement plus attractif en Belgique que celui d'infirmier(e) employé(e) dans une structure de soins à domicile (Sermeux et al., 2010). La raison de cette attractivité est expliquée entre-autre par la possibilité de visiter plus de patients, et donc de délivrer plus de soins, dans un laps de temps plus flexible qu'en tant qu'employé(e). Un plus grand nombre de visites permet aux infirmier(e)s indépendant(e)s d'acquérir un revenu plus conséquent. Le phénomène de « cherry picking » (comprenez la sélection de patients financièrement favorables) peut alors être observé. En effet, certain(e)s infirmier(e)s indépendant(e)s vont se limiter à l'exécution d'actes techniques spécialisés car ces derniers, par exemple, rapportent plus qu'un soin d'hygiène (Sermeux et al., 2010). C'est d'ailleurs un sujet d'inquiétude de la part du Centre Fédéral d'Expertise qui recommande une évaluation de la continuité et de la qualité de soins dans une perspective de soins intégrés (Sermeux et al., 2010).

La fonction de responsable au sein d'une organisation de soins à domicile, indépendante ou non, peut varier de la direction générale, à la direction départementale (chef de service) jusqu'à la fonction d'infirmier en chef (Heyden et Mollo, 2013). Dans le cadre de ce mémoire, c'est cette dernière fonction, qui signifie que l'infirmier(e) est responsable d'un secteur géographique, qui sera l'objet de notre interrogation. Selon l'Arrêté royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef qui peut servir de base pour ce qui a trait aux fonctions d'infirmier(e) en chef à domicile, ce(cette) dernier(e) dépend hiérarchiquement du(de la) chef du département infirmier. Son rôle dans l'efficacité des soins à domicile est multiple par l'organisation des tournées infirmières, l'évaluation de la qualité des soins réalisés par son équipe ainsi que du suivi de cette dernière, la coordination avec les autres professionnels de soins travaillant à domicile, la création d'une ambiance de travail favorable incitant à la collaboration, l'organisation de formations ainsi que par la stimulation de la communication au sein de l'équipe et avec les professionnels externes.

Les infirmier(e)s employé(e)s bénéficient d'un nombre limité de patients définis par l'infirmier(e) en chef de leur structure et répartis par celle-ci en fonction de leurs qualifications (Sermeux et al., 2010).

3.3. Mesures de la qualité des soins

Les données numériques sur la qualité des soins prodigués par l'infirmier(e) au domicile du patient sont compliquées à mesurer et à quantifier. En effet, l'évaluation des résultats rapportés par les patients est problématique (Vrijens et al., 2015). Plus nombreux sont les résultats sur la qualité des soins hospitaliers, basés sur des indicateurs précis tels que la réadmission dans les 30 jours, le taux d'infections nosocomiales, le taux de césariennes, etc.

Cependant, le rapport du KCE réalisé en 2015 sur la performance du système de santé belge nous donne diverses informations nous permettant de situer la performance des soins de première ligne au sein du pays. La première ligne équivaut au lieu où le patient va prendre contact avec le système de soin et où il va exposer son problème. *« (...) les avancées technologiques, l'amélioration de l'éducation et de la formation, les changements de besoins liés à la transition épidémiologique, les changements sociaux et de mode de vie accroissent les besoins en soins de santé primaires, et appellent à une organisation telle que ces soins primaires soient dans la plus grande majorité des cas la première ligne »* (Heymans, 2006, para.6). Nous pouvons donc établir un lien avec les soins infirmiers à domicile, cette offre de soins faisant partie des soins de santé primaires.

L'ensemble des propos relatifs aux soins de première ligne repris dans les points 3.3.1. au 3.3.5. prennent leur source sur le rapport du KCE réalisé en 2015 sur la performance du système de santé belge.

3.3.1. L'efficacité des soins

Le taux d'hospitalisation dû aux complications du diabète était de 1,77% en 2012. Ce taux peut être le reflet d'une mauvaise efficacité ainsi qu'une coordination non adaptée dans la continuité des soins de première ligne. La Belgique se situe dans la moyenne de l'Union Européenne pour cette donnée mais cette dernière n'est pas véritablement significative puisque les différences observées entre les pays peuvent être le fruit de nombreux facteurs.

Ces hospitalisations évitables sont actuellement à la baisse, ce qui peut signifier une amélioration de la qualité des soins primaires.

Dans le cadre plus particulier des soins à domicile, l'efficacité des soins signifie l'atteinte des résultats désirés par le médecin ou le chirurgien dans le respect de la prescription ou par l'infirmier(e) et le(la) patient(e) lors des soins d'hygiène. Elle peut être, par exemple, approchée par l'indicateur de la durée de guérison d'une plaie.

3.3.2. La pertinence des soins

Dans le contexte des soins à long terme ainsi que des soins aux personnes âgées, la Belgique affiche des résultats négatifs par rapport aux autres pays. De plus, les progrès concernant ce domaine au cours de ces dernières années sont faibles.

Dans le contexte des soins à domicile, la pertinence des soins représente une fréquence de soins adaptée aux besoins du patient sur base de la prescription médicale ou une fréquence de soins d'hygiène sur base de l'échelle de Katz. Un indicateur opérationnel de cette pertinence des soins pourrait être le taux de patients bénéficiant inadéquatement d'un forfait A alors qu'ils pourraient, sur base de cette échelle, bénéficier d'un forfait B et, par ce fait, d'un passage plus fréquent de l'infirmier(e).

3.3.3. La sécurité des soins

Dans ce domaine, rares sont les informations concernant les soins de première ligne. Il est intéressant de savoir que la polymédication des personnes âgées, c'est-à-dire plus de 5 médicaments par jour, était de 27,5% chez les personnes de plus de 65 ans en 2015. Ce phénomène est dangereux puisqu'il peut conduire à des interactions médicamenteuses avec conséquences plus ou moins graves pour la santé. Il est du rôle de l'infirmier(e) à domicile de surveiller l'apparition de conséquences et d'en faire part au médecin traitant.

En ce qui concerne les soins à domicile, la sécurité des soins équivaut à l'absence d'événements indésirables au domicile du patient lors de la présence de l'infirmier(e) ou par l'action de ce(cette) dernier(e). Par exemple, la sécurité des soins pourrait être approchée par le taux de chute en présence de l'infirmier(e) ou encore par le taux d'erreurs lors de la préparation de médicaments.

3.3.4. La continuité des soins

La proportion de patients diabétiques insulino dépendants bénéficiant d'un système INAMI tel qu'un passeport diabète, un trajet de soins maladies chroniques ou une convention pour l'autogestion du diabète était de 90,8% en 2015. Ce chiffre très positif contraste fortement avec la proportion de patients diabétiques traités par antidiabétiques oraux bénéficiant d'un même système. En effet, seuls 16,1% de ces patients étaient suivis par une de ces mesures.

Dans le domaine des soins à domicile, la continuité des soins correspond à la transmission d'informations au sein de l'équipe ainsi qu'avec les différents professionnels intervenant au domicile du patient et à la réalisation de formations par les membres de l'équipe infirmière. Un indicateur de la continuité des soins à domicile pourrait être le nombre de formations réalisées par an et par infirmier(e).

3.3.5. *Les objectifs de soins orientés patient*

Seuls des indicateurs sur la participation du patient lors des consultations réalisées avec un médecin ou un spécialiste sont disponibles dans les bases de données.

Au sein de la sphère des soins à domicile, les objectifs de soins orientés patients sont des soins lors desquels l'infirmier(e) place le patient au centre de ceux-ci. Un exemple d'indicateur pourrait dans ce cas être le taux de plaintes des patients auprès de l'organisation pour des motifs tels que la réalisation du soin par l'infirmier(e) dans des conditions non optimales pour le patient.

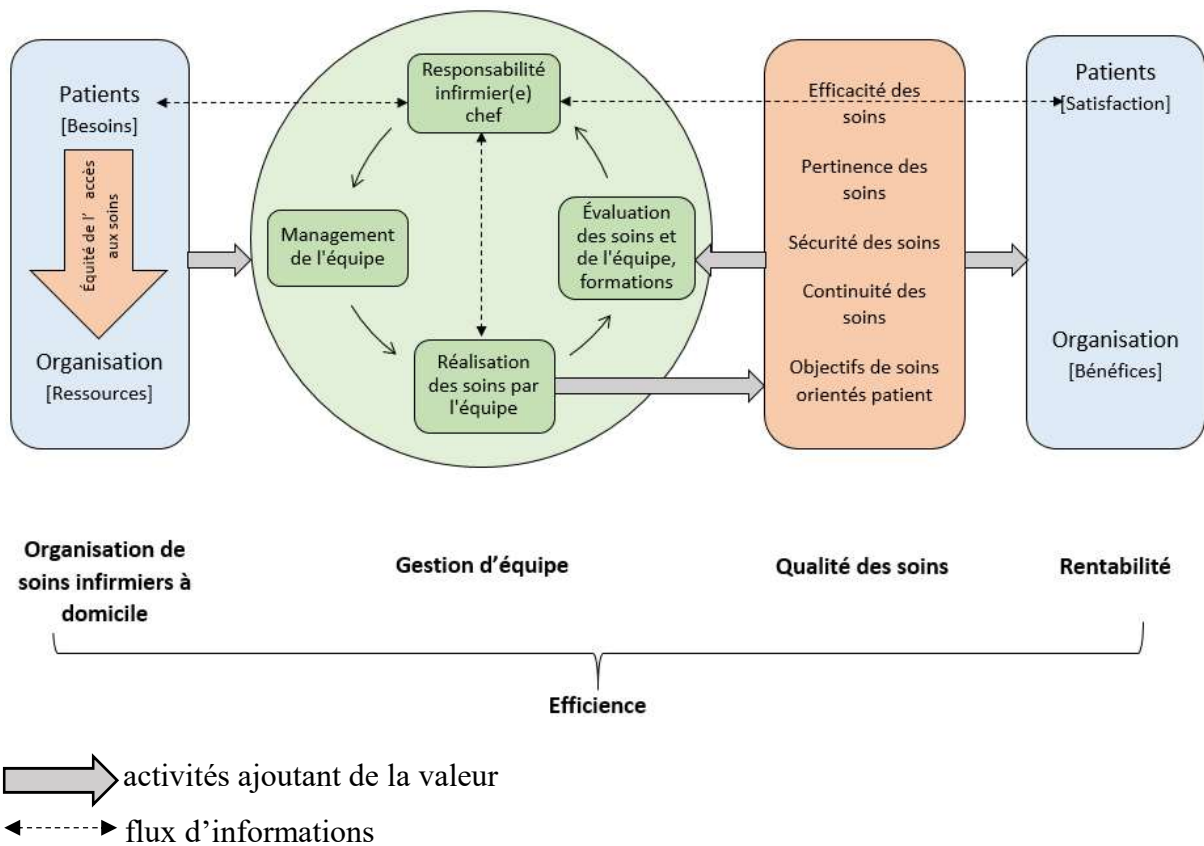
3.3.6. *L'équité de l'accès aux soins*

Selon l'OCDE (2013), malgré la présence de l'assurance maladie facilitant l'accès aux soins pour tous les ménages, les patients sont contraints de payer certaines sommes lors de l'achat de médicaments en pharmacie, lors de consultations médicales ou en cas d'hospitalisation. Ces sommes directes devant sortir de la poche du patient amènent parfois celui-ci à renoncer aux soins. Malgré l'instauration d'un plafond pour ces dépenses à charge des patients à faible revenu pour éviter ce « refus » de soins, ceux-ci « (...) consacrent souvent aux soins une plus forte proportion de leur revenu ou de leur consommation que les titulaires de revenus élevés » (OCDE, 2013, p.61). En 2008, en Belgique, les dépenses personnelles dans le cadre des soins de santé étaient de 4,5% de la consommation finale en soins des ménages (OCDE, 2013). En 2016, la moyenne des pays de l'OCDE concernant le taux de consultations médicales évitées et le taux de prescriptions médicales ignorées dus aux coûts personnels que cela impliquait étaient respectivement de 10,5% et de 7,1% (OCDE, 2017). Toujours selon l'OCDE (2017), les patients à faibles revenus ont un taux de besoins de soins non satisfaits dus aux coûts de 25% comparé à 14% pour les autres patients.

3.4. Schéma théorique

Afin d'avoir une vision plus claire des liens unissant les différentes notions définies dans les parties précédentes de ce travail, nous avons élaboré un schéma permettant de relier ces concepts d'efficacité, de qualité des soins, de rentabilité des soins et de gestion d'équipe au sein des soins infirmiers à domicile.

Ce schéma a été inspiré du « Modèle d'un système de management de la qualité basé sur des processus » se trouvant dans le rapport ISO 10005 sur les Systèmes de management de la qualité (2005).



3.5. Problématisation et question de recherche

Les soins infirmiers à domicile doivent répondre à un besoin de rentabilité afin de garantir leur pérennité. Or, ils sont peu financés. On peut se poser la question, par exemple, de la rentabilité d'aller appliquer des bas de contention chez un patient (tarif de 2.22€ (INAMI, 2018)) qui résiderait un peu plus loin que les autres et qui coûterait donc plus cher en carburant.

En outre, le nombre de patients à prendre en charge ne cesse d'augmenter malgré un sous-effectif constant en infirmier(e)s. En effet, dans la région Bruxelles-Capitale, la profession infirmière fait partie des fonctions critiques de 2016, et ce pour des raisons de charges et de conditions de travail trop problématiques (Actiris Brussels, 2017). Cette pénurie est également d'actualité dans la Région Wallonne où le manque important de candidats dans le secteur est omniprésent malgré les nombreuses opportunités d'emploi (Le Forem, 2017).

3.5.1. Questions à priori

Nous pouvons alors nous poser la question du maintien de la qualité des soins fournis aux patients à domicile dans ce contexte de rentabilité. Est-il possible et réalisable de garantir les différents principes de qualité des soins offerts aux patients dans le contexte économique actuel ? En sachant que le nombre de patients à domicile augmente mais que l'effectif infirmier ne suit pas cette croissance, comment peut-on prendre le temps nécessaire à la réalisation de soins de qualité ? Les infirmier(e)s à domicile disposent d'un certain laps de temps pour réaliser leurs tournées, qui diffère selon les organisations. Comment, dans ce laps de temps, peut-on prendre soin qualitativement d'un surnombre de patients ? Car il faut éviter les heures supplémentaires qui entraîneraient un possible sursalaire ou des heures de repos compensatoires à ces infirmier(e)s qui sont déjà en sous-effectif dans un secteur sous-financé.

C'est dans ce contexte qu'il semble important de s'intéresser aux différentes stratégies mises en place et ressources mobilisées par les managers infirmiers des différentes organisations de soins infirmiers à domicile afin de maintenir une certaine efficacité dans les soins prodigués chez le patient.

3.5.2. Question de recherche

Ce mémoire cherche donc à répondre à la question suivante : « Quelles sont les stratégies et ressources employées par l'infirmier(e) en chef pour maintenir une efficacité dans le cadre d'une organisation dispensant des soins infirmiers à domicile en Belgique francophone ? ».

4. Matériel et méthodes

4.1. Préambule

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons utilisé une méthode qualitative par entretiens, à l'aide d'un guide d'entretien, auprès des infirmier(e)s en chef des organisations de soins infirmiers à domicile sélectionnées. Il s'agit donc d'entretiens semi-dirigés. Selon l'article « *Choosing a Qualitative Research Approach* » (Teherani et al., 2015), la recherche qualitative est une enquête systématique sur les phénomènes sociaux en milieu naturel. Ces phénomènes peuvent inclure la manière dont les personnes vivent des aspects de leur vie, comment les individus et/ou groupes se comportent, comment les organisations fonctionnent, etc. Dans ce type d'enquête, c'est le chercheur qui est le principal instrument de collecte de données. Celui-ci examine pourquoi les événements se produisent, ce qu'il se passe et ce que certains événements signifient pour les participants. La méthode semi-directive permet une liberté de parole du participant dans un cadre prédéfini par le chercheur (Aujoulat, 2015). Ce cadre est basé sur la recherche littéraire décrite dans la partie précédente de ce travail.

Cette méthode est la plus appropriée pour la réalisation de ce mémoire car elle permet d'avoir des réponses complètes et variées des différents intervenants pour les mêmes questions posées (Aujoulat, 2015). De plus, elle permet également d'explorer en profondeur, par des questions de relance, la perception des personnes interviewées en ce qui concerne la qualité des soins infirmiers, la rentabilité de l'organisation et les stratégies d'efficience mises en place. Cette formule a été préférée à l'organisation de focus group, c'est-à-dire l'animation d'une discussion au sein d'un groupe réduit dont les participants présentent des caractéristiques identiques (Aujoulat, 2015), pour plusieurs raisons. En effet, pour des raisons organisationnelles et de charge de travail des participant(e)s, il était impossible de réunir différent(e)s infirmier(e)s en chef venant de diverses régions au même endroit et au même moment. En outre, nous voulions éviter que les réponses des participant(e)s soient influencées par les réponses des autres. Qui plus est, nous voulions garantir l'anonymat des personnes interviewées lors des entretiens, ce qui n'aurait pas été possible avec un focus group.

4.2. Collecte des données

4.2.1. Création d'un guide d'entretien

Nous avons créé un guide d'entretien qualitatif qui nous a servi de support lors de la réalisation des différents entretiens. Ce guide (Annexe n°2), créé par nos soins, se base sur la littérature reprise dans ce travail. Il reprend des questions concernant les méthodes de management des infirmier(e)s en chef, la vision de la qualité des soins infirmiers à domicile et son évaluation par ces chefs, les contraintes à l'atteinte du Triple Aim dans ce cadre de soins et dans les organisations des chefs interviewé(e)s ainsi que les stratégies et ressources mobilisées par les infirmier(e)s en chef dans le but de l'atteinte d'une efficience de l'organisation.

Ce guide a été présenté à Madame Van Durme, la promotrice de ce mémoire, et a été validé par celle-ci.

4.2.2. Caractéristiques du chercheur

Étudiant en Master en Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain, nous réalisons ce travail de recherche dans le cadre de notre mémoire de fin d'études. Excepté nos divers travaux réalisés dans le cadre de ce Master ainsi que notre travail de fin d'étude réalisé au terme de nos études précédentes en soins infirmiers, nous n'avons aucune expérience dans le domaine de la recherche. De plus, nous exerçons en tant qu'infirmière dans une organisation de soins infirmiers à domicile depuis plus de deux ans en parallèle de nos études actuelles.

4.2.3. Choix des participant(e)s

Afin que les résultats des entretiens soient comparables, nous avons tout d'abord sélectionné une organisation de soins infirmiers à domicile exerçant sur l'ensemble de la Wallonie et répartie en divers centres, au niveau des différentes régions du territoire wallon. En effet, la structure organisationnelle étant la même pour ces divers centres, cela nous a permis de limiter les facteurs d'influence à ce niveau.

Nous avons ensuite contacté différents centres faisant partie de cette organisation générale de soins infirmiers à domicile en Wallonie, plus particulièrement un centre par région administrative. En effet, nous voulions obtenir des réponses diversifiées en interrogeant des infirmier(e)s en chef n'ayant pas les mêmes caractéristiques géographiques et de patientèle. Nous avons donc pris rendez-vous avec un infirmier(e) en chef par secteur administratif.

Le centre de l'organisation où l'auteur de ce mémoire exerce sa profession a volontairement été écarté. Nous voulions éviter des réponses trop influencées par notre présence, trop floues ou volontairement dissimulées.

Puis, nous avons rencontré et interviewé ces différents infirmier(e)s en chef en nous rendant sur leur lieu de travail.

Le nombre d'interviews a été laissé ouvert a priori afin de pouvoir atteindre la saturation des données, c'est-à-dire l'atteinte du point où une interview supplémentaire n'apporterait plus aucune donnée utile pour le développement de la recherche (Intissar et al., 2015).

4.2.4. *Pré-test*

Lors de la première interview, un pré-test a été réalisé au cours duquel la compréhension, la répétition, les lignes directrices ainsi que l'ouverture des questions ont été évaluées. Une attention particulière a été apportée sur la possibilité d'émission de jugements lors de l'entretien. Ce pré-test a servi de base à partir de laquelle nous avons modifié la question portant sur la mesure du processus en soins infirmiers, celle-ci étant trop floue pour les personnes interviewées (Annexe n°2).

4.2.5. *Contexte des entretiens*

Nous avons demandé l'accord à chacune des personnes interviewées pour enregistrer les entretiens et nous leur avons garanti l'anonymat. En effet, leur nom, le secteur administratif et le nom des villes/villages ont été modifiés lors de la retranscription afin d'éviter une possible reconnaissance des personnes par les lecteurs. Chaque interview a été retranscrite minutieusement à l'écrit pour analyse et des codes d'indentification⁸ ont été appliqués. Lors de la présentation des résultats, les données ont été rendues inidentifiables, afin de protéger la vie privée de ces personnes.

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des infirmier(e)s en chef, soit dans le bureau de ces dernier(e)s, soit dans une pièce isolée. Nous étions seule avec l'infirmier(e) en chef avec lequel(laquelle) le rendez-vous avait été pris, excepté lors de deux entretiens où un(e) autre infirmier(e) en chef accompagnait son(sa) collègue et complétait les réponses données.

Au total, 10 entretiens ont eu lieu auprès de 12 infirmier(e)s en chef entre le 30 novembre 2017 et le 8 février 2018. Les entretiens ont eu une durée moyenne de 40 minutes avec quelques interruptions lors de certains d'entre eux, généralement dues aux lieux des entrevues. En effet, comme dit précédemment, la plupart de ces dernières ont été réalisées dans le bureau de l'infirmier(e) en chef, lieu de passage d'employés administratifs, infirmiers ou autres.

⁸ Les codes d'identification sont : Interviewé n°1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

4.3. Analyse des données

Tout d'abord, les unités d'analyse ont été définies au préalable en fonction du schéma théorique se trouvant en point 3.4. En voici les catégories :

- 1) La gestion d'équipe
- 2) La qualité des soins
- 3) La rentabilité de l'équipe
- 4) Les stratégies d'efficience

De ce fait, ces unités ont servi de base pour la création du guide d'entretien afin de structurer les réponses des participant(e)s et de faciliter l'analyse de ces dernières.

Ensuite, nous avons retranscrit les enregistrements des entretiens sur des documents Word en y annotant les questions du chercheur ainsi que les réponses des participant(e)s.

Puis, nous avons exercé une analyse descriptive continue avec catégories émergentes, qui permet de « *relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche (...) (et) de rendre compte de l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique* » (Aujoulat, 2015). Pour l'introduction de ces catégories, les entretiens ont été imprimés et, lors des lectures, les différents thèmes ont été classés par code couleur, à l'aide de surligneurs. Cela a permis l'émergence des catégories puisque ces dernières se révélaient au cours des lectures.

De surcroît, ces catégories ont été reprises sur des feuilles papiers annexées aux entretiens. Les propos des infirmier(e)s en chef correspondant aux différentes catégories ont été retranscrits sur les feuilles correspondant aux différents thèmes afin d'avoir une vision plus globale de ces propos. Certaines catégories ont par la suite été subdivisées ou regroupées afin de construire un arbre thématique, c'est-à-dire une hiérarchisation des différentes catégories en thèmes centraux regroupés à des thèmes associés (Paillé et al., 2016).

Enfin, nous présentons les résultats sous forme textuelle continue, structurés sur base de l'arbre thématique.

5. Résultats

Nous reprenons dans cette partie du travail les réponses des infirmier(e)s en chef aux diverses questions contenues dans le guide d'entretien. Celles-ci nous ont permis d'identifier des catégories d'analyse, reprises ci-dessous, dont le développement est basé sur les réponses des interviewé(e)s.

5.1. Management

Le management signifie dans ce contexte la manière dont sont organisées les tournées infirmières, les moyens de communication mis en place par le(la) chef avec ses infirmier(e)s ainsi que les contrôles et évaluations réalisés au sein de son équipe.

5.1.1. Organisation des tournées en fonction de la localisation géographique et de l'horaire requis pour les soins.

A) Horaires des tournées

Neuf centres sur les 10 ont déclaré réaliser des tournées infirmières durant entre 4h et 5h30 le matin et entre 3h et 4h30 le soir. Le dernier centre organisait plutôt des tournées de 7h le matin et d'1h le soir.

Les tournées du matin débutaient entre 6h30 et 7h30 et servaient à la réalisation de soins d'hygiène et d'actes techniques tels que l'injection d'insuline, la réfection de pansements ou encore la mise en place d'une alimentation entérale. Les tournées du soir recommençaient entre 16h et 19h et servaient particulièrement à l'injection d'insuline ou à la remise au lit de certains patients. De plus, 3 centres sur les 10 ont déclaré mettre en place des tournées d'après-midi réalisées à la suite des tournées du matin. Ces tournées d'après-midi variaient entre 2h et 3h et servaient principalement à la réalisation des piluliers hebdomadaires.

Entre ces tournées, les infirmier(e)s peuvent réaliser toute activité privée. Chaque tournée est attribuée à un(e) infirmier(e) spécifique, appelé(e) « titulaire », qui est remplacé(e) par un(e) infirmier(e) volant(e), c'est-à-dire n'ayant pas de tournée spécifique et réalisant donc diverses tournées, durant ses jours de congés.

B) Structuration des tournées

À l'unanimité, c'est le critère géographique qui a été énoncé comme étant la base principale pour la structuration des tournées. Deux des 10 chefs disaient utiliser une carte géographique sur laquelle l'ensemble des adresses des soins étaient répertoriées. Celle-ci offrait une meilleure vision des zones de soins et de cette manière un partage plus aisé des patients zone par zone. « (...) on s'est déjà malheureusement défait d'un patient qui était tout-à-fait excentré (...) » (Interviewé n°3).

Pour 6 chefs, après le critère géographique, c'était le type de soins à réaliser qui primait.

Les impératifs horaires (les insulines en priorité ainsi que les soins d'hygiène des personnes souffrant d'incontinence) et les heures de passage habituelles ont également été émis par 2 chefs.

Deux autres encore ont mis en avant l'équilibre des tournées, c'est-à-dire que le nombre et le type de toilettes et de soins soient équitablement répartis entre celles-ci : « *Il n'y a aucune tournée qui se ressemble. On sait pertinemment qu'une certaine tournée peut prendre 8 toilettes (...), on sait qu'une autre ne peut en prendre que 6. Et donc on équilibre comme ça. Car on sent que quand il y a des heures supplémentaires, on sait que finalement elles n'arrivent pas à faire tous ces soins-là donc on l'a au téléphone et on lui demande s'il y a un patient qui va moins bien ou qui prend plus de temps... donc on équilibre en fonction de ça.* » (Interviewé n°2).

5.1.2. Communication avec l'équipe

En ce qui concerne les moyens de communication, des réunions appelées « réunions d'équipe » ou encore « discussions patients » sont organisées toutes les semaines pour 1 centre, tous les 15 jours pour 4 centres et tous les mois pour les 5 derniers centres. Ces réunions regroupent différents secteurs géographiques et servent à partager des informations concernant les patients de ces secteurs ainsi qu'à discuter et échanger des solutions, idées, directives. Elles servent également à transmettre les informations concernant les changements dans le centre, dans les tarifs INAMI ou à faire des rappels divers sur la manière de travailler (règles d'asepsie et d'hygiène lors des soins, l'évacuation des aiguilles dans le container prévu à cet effet, l'interdiction de recapuchonner une aiguille, etc.).

En dehors de ces réunions, les infirmier(e)s en chef communiquaient avec leur équipe par échanges d'e-mails via leurs tablettes ou par téléphone.

5.1.3. Contrôle et évaluation de l'équipe

Ce chapitre aborde l'évaluation du travail de l'équipe infirmière de manière générale. En ce qui concerne l'évaluation spécifique de la qualité des soins prodigués par l'équipe, elle sera développée au point 5.2.7. « Évaluation de la qualité des soins ».

Il est nécessaire de distinguer 2 types d'entretiens. En effet, des entretiens d'évaluation ainsi que des entretiens de fonctionnement coexistent au sein des équipes. Si les premiers signifient un accompagnement sur le terrain ainsi qu'un débriefing sur la manière de travailler et la mise en place d'objectifs d'amélioration entre l'infirmier(e) en chef et un(e) infirmier(e) de son équipe, les seconds désignent plutôt un dialogue entre le(la) chef et son infirmier(e) afin de parler des ressentis de l'un(e) et l'autre, des points négatifs à améliorer et des points forts à consolider au sein de l'équipe. Pour ce qui est de l'entretien d'évaluation, il s'agit d'une évaluation formelle pouvant être accompagnée ou non d'un document écrit. Les objectifs définis peuvent être revus lors d'un prochain entretien d'évaluation, lors d'un entretien de fonctionnement ou lors d'une discussion informelle avec le(la) chef.

A) Entretiens d'évaluation

Pour 3 centres sur les 10, des entretiens d'évaluation ont été réalisés auprès des nouveaux engagés au début du contrat, le mois suivant et après 3 ou 6 mois d'engagement. Dans 1 centre sur les 10, un tutorat comprenant 3 rencontres avec le nouvel engagé a été mis en place. Le tuteur est un membre de l'équipe s'étant porté volontaire et ayant suivi une formation ciblée sur le sujet. Dans 2 autres centres, les entretiens d'évaluation venaient de démarrer non pas spécialement pour les nouveaux mais également pour les anciens engagés ayant à leur actif plus d'un an de travail au sein de l'équipe. Au sein des 4 derniers centres, ce type d'entretien n'a pas été réalisé.

B) Entretiens de fonctionnement

En ce qui concerne les entretiens de fonctionnement, 2 chefs venaient de clôturer une période d'essai d'un ou 2 ans durant laquelle ces entretiens ont été réalisés avec chaque membre de l'équipe. Un autre encore les réalisait régulièrement tous les 2 ans. Quatre chefs sur les 10 ont évoqué le désir de réaliser ce type d'entretien mais accusaient aussi le manque de temps pour y arriver. « *Après, les entretiens de fonctionnement, c'est complètement une utopie. (...) je pense que c'est totalement insatisfaisant au niveau de l'encadrement d'une équipe d'avoir une équipe aussi grande car c'est impossible de pouvoir faire un suivi individualisé* » (Interviewé n°1). Les 3 autres chefs ne réalisaient pas ce type d'entretien.

5.2. Vision de la qualité des soins

Par la vision de la qualité des soins il faut comprendre la conception qu'ont les infirmier(e)s en chef de cette notion et les méthodes mises en place afin de garantir l'efficacité, la pertinence, la sécurité, la continuité des soins ainsi que l'approche centrée sur le patient, autrement dit les objectifs orientés patient. Les éléments influençant la qualité des soins et les façons de l'évaluer sont inhérents au concept de qualité de soins par les infirmier(e)s en chef.

5.2.1. Définition de la qualité des soins

Les définitions fournies par les différents chefs lors des interviews ont été multiples mais se regroupaient sur certains points. En effet, 6 chefs ont défini la qualité des soins comme étant avant tout un respect des techniques de soins instruites durant la formation en soins infirmiers, l'hygiène et l'asepsie étant primordiales.

Six chefs visualisaient la qualité des soins par la communication. Ils prônaient une « bonne » communication (transmission d'informations complètes, ciblées et précises, contacts fréquents, développement d'une relation de confiance, respect mutuel) entre infirmier(e)s, entre les infirmier(e)s et le(la) chef, avec les médecins et surtout avec les patients. Le respect de ces derniers, la politesse, une approche psychologique avec un accompagnement et le développement d'une relation de confiance étaient pour eux essentiels. L'un(e) d'entre-eux(elles) a évoqué l'importance de fixer des limites (en ce qui concerne l'exercice infirmier) au sein de cette relation : « *Fournir au patient tout ce que l'on peut lui fournir, mais après il faut que ça reste dans le secteur infirmier (...)* » (Interviewé n°2).

Trois chefs définissaient la qualité des soins par la satisfaction du patient, du personnel et/ou du médecin ayant prescrit les soins.

Le respect des horaires de passage a été abordé par 2 des 10 chefs.

Pour 2 chefs, la qualité des soins était synonyme d'un moindre turnover, c'est-à-dire le moins d'infirmières différentes possible chez les patients afin de garantir une continuité relationnelle. « *Pour éviter le turnover et que les patients aient un équilibre avec toujours les mêmes infirmières* » (Interviewé n°7).

5.2.2. Efficacité des soins

L'efficacité des soins a été définie lors des interviews comme étant l'obtention de résultats positifs et désirés par les médecins lors des soins de plaies ou autres soins ainsi qu'une réalisation des autres prestations telles que la toilette sans accrocs avec un patient satisfait du soin.

Six chefs ont évoqué la mise en place d'un(e) référent(e) soins de plaies dans leur équipe pour accompagner les infirmier(e)s trouvant que la plaie d'un de leurs patients s'aggrave ou stagne.

Dans 4 des 10 centres, les chefs ont abordé l'instauration de formations obligatoires sur les techniques de soins afin que les membres de leurs équipes puissent rester à jour par rapport à ces techniques et que les soins soient par ce biais efficaces (atteinte des résultats attendus par la réalisation de techniques adaptées).

De plus, la communication entre infirmières lors des réunions d'équipe ou lors des rapports par e-mail ou téléphone, par rapport aux nouvelles informations concernant les patients et les soins à réaliser, étaient également indispensables pour 3 des chefs.

Un(e) des chefs a abordé la présence de fiches techniques de prestations sur les tablettes. Ces fiches contiennent les procédures de soins qui peuvent être consultées à tout moment.

5.2.3. Pertinence des soins

La pertinence des soins a été définie lors des interviews comme étant la mise en place de soins adaptés aux besoins du patient.

Sept chefs ont spontanément évoqué la vérification du score de l'échelle de Katz réalisé par l'infirmier(e), celui-ci étant directement lié au niveau de dépendance du patient et définissant par ce biais la fréquence de passage infirmière acceptée par l'INAMI (Voir annexe n°1). Si certain(e)s chefs réalisaient une pré-évaluation de celle-ci avant la première visite de l'infirmier(e) et attendaient un retour, d'autres réalisaient cette vérification en réunion d'équipe. Dans 1 des 10 centres, l'infirmier(e) en chef réalisait lui(elle)-même les premières prises en charge de toilettes afin d'avoir un score de Katz adapté.

Deux des chefs disaient s'adapter aux besoins du patient par le biais de la communication avec celui-ci et sa famille, en fonction de ce qu'ils désirent et tout en respectant le score de l'échelle de Katz.

Un des chefs a affirmé garantir la pertinence des soins par la sollicitation de la coordination après avoir ciblé les besoins du patient afin que les différents services nécessaires, tels qu'une assistance familiale, ménagère ou une kinésithérapie, soient mis en place.

5.2.4. Sécurité des soins

La sécurité des soins a été définie lors des interviews comme étant les moyens mis en place afin d'assurer tant la sécurité du patient pris en charge que la sécurité de l'infirmier(e) lui(elle)-même. La gestion des événements indésirables tels qu'un(e) infirmier(e) qui se pique, une erreur de pilulier ou encore une chute fait également partie du critère de sécurité des soins.

Quatre des 10 chefs ont évoqué la mise en place de formations manutention pour les maux de dos ou pour l'utilisation correcte du matériel.

Pour 5 chefs, la sécurité des soins était assurée si le matériel adapté était présent au domicile du patient. La présence d'un lit électrique dans le cadre d'une toilette au lit a même été imposée par un(e) de ces 5 chefs comme condition pour la venue d'un(e) infirmier(e). *« (...) si on n'a pas le matériel adapté, on dit stop. S'ils ne veulent pas, on dit stop. (...) Moi je préfère ne pas aller dans une situation où on fait un travail de mauvaise qualité parce qu'on n'a pas les moyens »* (Interviewé n°9). Des propos similaires ont été déclarés par un(e) autre chef *« Si le patient ne désire pas s'équiper, on refuse alors. (...) je veux que ce soit quand même tenable pour les infirmières donc moi je n'hésiterai pas si jamais des infirmières me disent que c'est pas jouable, que c'est pas viable, à stopper. Attention, quand je dis stopper, on ne stoppe jamais les soins comme ça, on ne laisse pas le patient sans rien, on trouve une autre solution mais ce ne sera pas nous »* (Interviewé n°3). Un des chefs disait bénéficier d'un(e) ergothérapeute en interne se présentant au domicile et prenant en charge la mise à disposition du matériel nécessaire pour des soins en sécurité tandis qu'un autre travaillait avec la coordination de son centre pour cette mise à disposition.

Trois chefs ont abordé la présence d'un conseiller en prévention dans le centre, envoyant des fiches sécurités par e-mail tous les mois ou tous les 2-3 mois tandis qu'un autre chef a désigné un référent sécurité par équipe infirmière. Trois autres chefs ont dit préféré faire des rappels sécurité lors des réunions d'équipe. Lors de ces rappels, l'accent est porté sur la sécurité lors des injections par la présence d'un container d'aiguilles, le regard critique sur la prescription de soins de plaie par rapport aux produits à appliquer ainsi que l'attention sur la répartition correcte des médicaments dans les piluliers.

De plus, un(e) chef a créé une fiche de risque d'accident du travail chez le bénéficiaire. « (...) *s'il y a une difficulté chez un patient, en réunion on peut en discuter et on sort cette liste et alors on regarde et il y a des smileys et en fonction des items on coche les smileys et là on se dit que là il y a un risque d'accident, que ce soit pour nous ou pour le patient. Maintenant si le patient ne veut pas retirer son tapis dans le salon qui est à côté du lit et que son épouse est grabataire et qu'il faut faire un transfert lit-fauteuil (...) on laisse cette liste dans le dossier et les infirmières reçoivent un mail en disant de faire attention (...).* » (Interviewé n°2).

En ce qui concerne la gestion des événements indésirables, 7 chefs sur les 10 ont déclaré établir une discussion avec l'infirmier(e) ayant réalisé la faute et le patient concerné après avoir reçu les échos du problème par la famille, le patient, un(e) membre de l'équipe ou l'infirmier(e) lui(elle)-même. Lors de cette discussion, les différents points de vue sont entendus et la recherche de solutions pour éviter la répétition du problème est mise en place par le(la) chef. Un(e) chef a expliqué établir des objectifs avec l'infirmier(e) concerné(e) lors d'une entrevue afin que la faute ne soit plus reproduite et revoir ces objectifs quelques mois plus tard. Un(e) autre a confié que ses infirmier(e)s savaient qu'ils(elles) pouvaient lui téléphoner du domicile du patient dès que l'impair a été commis afin qu'il(elle) puisse donner les directives à adopter.

Pour 3 chefs, la déclaration d'accident était la première chose à réaliser en cas de piqure d'aiguille usagée ainsi qu'une prise de sang pour analyse.

Un(e) de ces 3 chefs mettait rapidement l'infirmier(e) en contact avec le(la) conseiller(e) en prévention afin d'éviter que cette erreur soit répétée. Un(e) autre réalisait la recherche d'outils avec ce(cette) même conseiller(e) afin d'aider à la sécurité des employé(e)s : « *On avait une infirmière qui s'était piquée en retirant une aiguille dans un port-à-cath donc là on a trouvé un outil, une spatule où elle n'est plus en contact avec l'aiguille.* » (Interviewé n°4).

Pour 2 autres chefs, le service qualité était mobilisé lors d'événements indésirables. La personne en charge de ce service réalisait des analyses sur le problème et faisait un rapport qu'elle transmettait au(à la) chef et à ses supérieurs hiérarchiques.

5.2.5. Continuité des soins

La continuité des soins a été définie lors des interviews comme étant les dispositions mises en place afin que les soins soient réalisés de la même façon par l'ensemble des infirmier(e)s en ce qui concerne les soins d'hygiène et les actes infirmiers techniques ainsi que la transmission des informations entre professionnels infirmiers et à l'égard des autres professionnels de soins tels que les médecins ou kinésithérapeutes.

Dans 9 interviews sur les 10, la communication a été exprimée comme étant le facteur le plus important pour une continuité des soins. Celle-ci est assurée par l'échange d'e-mails ou par appels téléphoniques de la part de l'infirmier(e) ayant réalisé une « série », c'est-à-dire plusieurs jours de travail sur la même tournée, afin de rendre un rapport sur les patients à la collègue réalisant cette même tournée le lendemain.

De plus, 2 chefs ont insisté sur le rôle du(de la) titulaire en ce qui concerne les appels aux médecins traitants.

La moitié des chefs interviewé(e)s ont mis l'accent sur le fait d'éviter un maximum le turnover dans les tournées afin que ce soit toujours les mêmes infirmier(e)s qui, par exemple, visualisent les plaies. De ce fait, l'évaluation de l'évolution de ces dernières sont assurées et la continuité des soins également.

Trois chefs ont évoqué le dossier infirmier sous format papier présent au domicile du bénéficiaire de soins comme source de continuité, le dossier infirmier électronique étant en cours d'application. Celui-ci doit être, selon eux, rempli adéquatement et être détaillé afin que chacun puisse réaliser les soins de la même manière grâce à la lecture de ce dossier.

Un chef a abordé la notion d'un(e) infirmier(e) référent(e). Ce(Cette) dernier(e) a pour objectif d'aller rendre visite 1 fois par semaine aux patients de l'équipe qui sont hospitalisés, dans le but d'avoir un suivi de l'état de santé de ceux-ci et de communiquer les informations relatives aux patient aux infirmier(e)s du service hospitalier. De plus, cela assure la continuité de la venue de l'équipe lors du retour des patients au domicile.

Pour 2 chefs, la continuité serait plutôt d'ordre administratif, par l'encodage de messages de rappels ou d'indications dans les tablettes par le secrétariat.

5.2.6. *Objectifs de soins orientés patient*

Les objectifs de soins orientés patient ont été définis lors des interviews comme étant des soins où le bénéficiaire, ses besoins et ses attentes par rapport aux soins prodigués sont placés au centre de la situation de soins, l'attention de l'infirmier(e) étant centrée sur ceux-ci.

L'avis a été unanime : les chefs ne pouvaient que faire confiance à leurs infirmier(e)s, ne se trouvant pas sur le lieu des soins. Ils ne pouvaient que réagir en cas d'échos de la part des patients, des familles ou des collègues mais n'avaient pas de moyens de garantir ces objectifs de soins centrés.

Aucun propos n'a été émis sur la manière dont les objectifs de soins orientés patient sont définis, formalisés et mis en place.

5.2.7. *Évaluation de la qualité des soins*

L'évaluation de la qualité des soins équivaut aux méthodes mises en place par l'infirmier(e) en chef pour évaluer la manière dont ses infirmier(e)s travaillent vis-à-vis des bénéficiaires de soins.

L'ensemble des chefs interviewé(e)s ont été unanimes : ce sont par les échos des collègues ou des patients qu'ils peuvent avoir une idée de la qualité des soins réalisés par tel(le) ou tel(le) infirmier(e) puisqu'ils ne sont pas sur le terrain lors des soins.

Deux chefs ont dit envoyer régulièrement leurs adjoints sur les tournées afin que ces derniers leur rendent, entre-autres, un rapport sur les dires des patients au sujet des infirmier(e)s se rendant régulièrement chez eux. Deux autres ont dit réaliser eux-mêmes les tournées le plus souvent possible afin d'avoir les informations sur la qualité des soins de manière directe. Deux autres encore ont déclaré réaliser ces tournées en compagnie de l'infirmier(e) afin d'évaluer la manière de travailler de celui(celle)-ci, ceci le plus souvent possible également.

Trois des 10 chefs ont évoqué l'envoi annuel d'une enquête de satisfaction aux patients par voie postale afin d'avoir le ressenti de ceux-ci. Cela leur servirait de base pour évaluer la qualité des soins réalisés par leurs infirmier(e)s.

Nous avons pu constater qu'aucun(e) des chefs interviewé(e)s n'a mentionné de cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins de leur équipe. De plus, la démarche de l'Evidence Based Nursing n'a pas été abordée par les infirmier(e)s en chef au cours des entretiens. Cette réflexion sera approfondie dans la partie « Discussion » de ce travail.

5.2.8. Éléments influençant la qualité des soins

Les éléments influençant la qualité des soins signifient dans ce contexte les freins et les leviers de la qualité des soins observés par les infirmier(e)s en chef.

A) Leviers

En ce qui concerne les leviers de la qualité des soins à domicile, 6 chefs ont énoncé la communication avec l'équipe. Pour ceux-ci, c'est cette communication lors des réunions d'équipe, par les échanges d'e-mails ou par contact téléphonique qui serait bénéfique à la qualité des soins. En effet, être disponible et avoir une bonne transmission d'informations permettrait un accord sur les objectifs à atteindre et le développement d'une solidarité entre collègues. Cette communication permettrait également selon certain(e)s de développer une relation de confiance qui procurerait une ambiance agréable au sein de l'équipe ayant un impact sur la qualité.

Lors de 3 interviews, ce sont les formations qui ont été évoquées comme étant des éléments influençant positivement la qualité des soins.

La mise à disposition du matériel adéquat pour les soins a été abordée par 3 chefs comme améliorant la qualité des soins, de même que la sollicitation de la coordination dont le but est également de mettre à disposition du matériel adapté au domicile du patient.

B) Freins

En ce qui concerne les freins à la qualité des soins à domicile, 6 chefs ont mentionné l'aspect rentabilité venant, selon eux, parasiter la qualité des soins par la charge de travail imposé aux infirmier(e)s. *« Á un moment, quand on se retrouve devant une charge de travail importante, on ne peut plus accorder cette même qualité de soins parce qu'il y a des choses qu'on doit laisser de côté et on doit fermer les yeux parce qu'on se dit qu'on n'a pas le temps de gérer cela maintenant »* (Interviewé n°1). Cette charge de travail imposerait un stress à l'équipe et, selon 3 chefs, les conditions psychologiques et physiques des infirmier(e)s viendraient parasiter la qualité des soins par la fatigue, un moindre investissement ou encore une désolidarisation.

Dans 2 des interviews réalisées, les conditions climatiques ainsi que les travaux sur la voie publique ont été énoncés comme étant des freins à la qualité. En effet, cela induirait une perte de temps et du stress supplémentaire pour les infirmier(e)s qui doivent respecter leurs horaires, influençant donc négativement la qualité des soins.

5.3. Rentabilité des prestations infirmières

La rentabilité des soins signifie dans ce contexte les bénéfices ou les déficits effectués lors de la réalisation des soins par l'infirmier(e), c'est-à-dire lors de la tournée infirmière. Pour établir la rentabilité des prestations infirmières, le coût du prestataire infirmier ainsi que les honoraires des soins doivent être connus.

5.3.1. Calcul de la rentabilité des prestations infirmières

Le calcul de la rentabilité des prestations infirmières désigne la manière dont la rentabilité des prestations infirmières et de manière plus générale des tournées infirmières est établie.

Pour chaque chef, c'est un programme informatique spécialisé qui calcule automatiquement la rentabilité horaire de l'infirmier(e) par tournée après encodage du code la tournée comprenant les différents patients et soins à prester, des heures de tournées et du numéro de l'infirmier(e) ayant réalisé la tournée. Un tableau est créé par ce programme et peut être imprimé par le(la) chef. Dans ce tableau se trouvent : le code de la tournée, la date et le moment de la tournée (matin, midi ou soir), le numéro de l'infirmier(e) en charge, le nombre d'heures prestées pour la tournée, le montant total des honoraires de soins, le montant total des tickets modérateurs, les montants supplémentaires pour les soins divers, les types de soins, le nombre de soins, le nombre de visites et le nombre de soins d'hygiène. Pour ces 3 derniers nombres, sont compris le nombre de forfaits A, B ou C, le nombre de nomenclatures ainsi que le nombre de patients palliatifs A, B ou C. Au bas du tableau se trouve enfin le montant obtenu par heure de soins. L'ordre des différentes composantes du tableau ainsi que leurs dénominations sont variables selon les centres. *« Et donc là on a une moyenne qui doit être respectée pour arriver à une certaine rentabilité. Cette moyenne dépend de plusieurs choses, on a estimé le coût moyen d'une infirmière, on sait aussi combien on reçoit comme honoraire de l'INAMI pour chaque soin. (...) Ils ont fait une moyenne. La moyenne doit se situer autour de 45,5€ par heure pour moi. »* (Interviewé n°1).

En ce qui concerne le calcul des heures de tournées, un(e) chef a expliqué encoder des heures théoriques pouvant être modifiées par la suite en fonction des heures réellement réalisées. Un(e) autre faisait de même en tirant un premier listing sur base d'heures théoriques puis en en tirant un deuxième 24 heures plus tard contenant les heures effectives. Un(e) autre encore a expliqué demander à ses infirmier(e)s d'appuyer sur les items de la tablette infirmière « Je commence » en début de tournée et « J'arrête » en fin de tournée afin d'avoir un temps de tournée précis, celui-ci étant transmis simultanément par voie informatique au bureau du centre.

La fréquence d'analyse de la rentabilité des prestations sur base du tableau défini précédemment variait selon les centres. Pour 3 chefs, l'analyse était réalisée de manière quotidienne. Pour un(e) de ces 3 chefs, celle-ci était également réalisée toutes les semaines. Trois autres chefs rejoignaient la dernière en réalisant hebdomadairement l'étude de la rentabilité. Une réunion mensuelle avec le(la) directeur(trice) du centre était organisée pour 3 chefs afin de dialoguer sur la rentabilité horaire et sur les objectifs à atteindre par rapport à celle-ci. Dans un des centres interviewés, des indicateurs spécifiques à la région de soins ont été créés par le(la) directeur(trice) en lien avec les différents services (informatique, comptabilité, soins infirmiers, etc.) existant du centre. Deux chefs n'ont pas communiqué leur fréquence d'étude de la rentabilité.

5.3.2. Éléments influençant la rentabilité des prestations infirmières

Les éléments influençant la rentabilité des prestations infirmières signifient dans ce contexte les freins et les leviers à la rentabilité des prestations infirmières observés par les infirmier(e)s en chef.

Huit chefs ont énoncé les types de prestations à réaliser comme étant la source majeure d'influence de la rentabilité. En effet, ce seraient les forfaits B et C ainsi que les forfaits palliatifs qui rapporteraient le plus et, dans cette optique, une tournée sur laquelle il y aurait peu de forfaits de cette sorte serait de ce fait moins rentable. « (...) *ce qui aide le plus c'est les gros forfaits et les forfaits palliatifs. Quand il y a ça, ça roule. Même si cela prend du temps, même s'il faut y aller 3 fois par jour pour les forfaits palliatifs, cela reste quand même des soins plus rentables. Je n'aime pas d'utiliser ce mot mais c'est clair, cela aide beaucoup* » (Interviewé n°7).

Cinq chefs ont nommé les temps de travail comme facteurs influençant la rentabilité, les tournées du soir, les tournées d'après-midi ainsi que les services coupés⁹ coûtant plus d'argent aux organisations. « *On a une tournée qui fait 17h30 – 20h30 (...) on n'a qu'une seule tournée comme cela tardive, on aimerait bien en mettre une deuxième mais ça coûte, c'est 30 pourcent qu'il faut donner à chaque professionnel donc voilà...* » (Interviewé n°2).

⁹ Réaliser un service coupé signifie prester une tournée du matin ainsi qu'une tournée du soir sur la même journée.

Deux chefs ont décrit les mauvaises évaluations des échelles de Katz en tant que facteur influençant négativement la rentabilité. En effet, par exemple, la considération d'un patient par l'infirmier(e) comme étant un forfait A alors que celui-ci équivaut à un forfait B a un impact sur les résultats de rentabilité, l'honoraire pour un forfait A étant moindre que celui pour un forfait B.

Le nombre de kilomètres parcourus lors des tournées a été cité par 6 chefs, celui-ci étant considéré comme une perte de temps et donc d'argent. « *Une tournée avec beaucoup de kilomètres, on sait qu'elle est beaucoup moins rentable* » (Interviewé n°5). En lien avec le surplus de kilomètres, les conditions climatiques, les travaux sur la voie publique ainsi que les difficultés de stationnement en centre-ville ont été évoqués par 3 chefs comme étant des éléments influençant négativement la rentabilité par la perte de temps qu'ils engendraient.

Pour 5 chefs, ce sont les caractéristiques propres au personnel infirmier qui ont été mentionnées comme étant des éléments influençant positivement ou négativement la rentabilité. En effet, l'âge du personnel serait déterminant, le salaire étant plus élevé pour les personnes en fin de carrière ou ayant une expérience de plusieurs années au sein de l'organisation. Au contraire, le nouveau personnel coûterait moins à cette dernière. La rapidité de réalisation des soins inhérente aux caractéristiques personnelles des infirmier(e)s a été citée comme influençant sur le temps de travail et, par ce fait, sur la rentabilité. De plus, le nombre d'infirmier(e)s en maladie ou en jour de récupération aurait un impact sur la rentabilité puisqu'il faudrait payer ces personnes sans pour autant qu'elles ne prestent des soins. « (...) *s'il y a trop souvent des maladies, les tournées ne sont plus assez stables, le patient voit trop de monde donc le suivi n'est plus bon. On risque de perdre des patients, on risque de perdre en crédibilité. Les médecins quand ils ont trois personnes différentes, (...) ils se disent « c'est quoi ça » ou « j'ai toujours des personnes différentes, je vais aller donner mes patients à une autre organisation où j'ai tout le temps la même infirmière ».* Ça, ça fait partie de la rentabilité » (Interviewé n°9).

5.4. Stratégies d'efficience des soins

Par la notion d'efficience des soins il faut comprendre dans ce contexte la prestation d'un maximum de soins infirmiers de qualité dans un laps de temps prédéfini lors des tournées infirmières à domicile. Les stratégies mises en place afin de promouvoir l'efficience des soins signifient par conséquent les mesures adoptées par les infirmier(e)s en chef dans le but de favoriser l'efficience des soins au sein de l'organisation.

5.4.1. Formation et sensibilisation des infirmier(e)s

Deux des 10 chefs interviewé(e)s réunissaient chaque année leur équipe infirmière au complet dans le but de réaliser une formation concernant les différents tarifs INAMI en lien avec les différents forfaits existants (A, B, C, nomenclature, palliatif A, B ou C) calculés sur base de l'échelle de Katz. Le but de cette formation était de les sensibiliser sur l'impact que pouvait avoir une mauvaise évaluation de l'échelle de Katz sur la rentabilité de l'organisation. « (...) *sensibiliser les infirmières sur les forfaits. Pour un forfait A, leur dire de ne pas aller le weekend ou pas le soir. Ça elles doivent le savoir aussi pour qu'elles comprennent quel est l'impact au niveau de la rentabilité de l'échelle d'évaluation qu'elles vont faire* » (Interviewé n°1).

Deux chefs encore appelaient les infirmier(e)s dont la tournée était non rentable plusieurs semaines de suite afin d'avoir une discussion à propos des actes réellement prestés au domicile des patients. « *Et puis on lui pose la question « Qu'est-ce que tu fais qui n'est pas de ton ressort ? », parce qu'on se rend compte que certaines ont des heures supplémentaires parce qu'elles comptent du travail qui n'est pas pour nous. (...) ouvrir les volets et puis mettre le percolateur en route (...) Et alors on apprend que finalement certaines vont même jusqu'à la pharmacie (...) elles comptent ça dans leur temps de travail. (...) On n'est pas coiffeuse, on n'est pas plombier, on n'est pas facteur. (...) Il y a des formations « Oser dire non » et on les envoie en formation* » (Interviewé n°2).

Dans le même domaine, un(e) chef a créé une fiche de fonction infirmière contenant les actes pouvant être réalisés à domicile par un(e) infirmier(e). Tout acte n'étant pas repris dans cette fiche ne devait donc pas être réalisé car il n'était pas payé et ne relevait pas de la fonction infirmière.

Un(e) des 10 chefs interviewés sensibilisait ses infirmier(e)s lors des réunions d'équipe à faire signer des certificats par les médecins traitants des patients pour tous les petits soins réalisés à domicile tels que l'application de crème sur les jambes, de gouttes dans les yeux, d'un pansements au niveau de l'orteil, etc. En effet, ceux-ci rapportent un montant minime mais supplémentaire.

Un(e) autre chef a créé une farde dans laquelle se trouvent l'ensemble des prestations pouvant se réaliser à domicile avec pour chacune d'entre-elles les papiers adaptés à rentrer au bureau ainsi que les délais dans lesquels ils doivent être rendus.

5.4.2. Notoriété de l'organisation

Pour 6 chefs, l'effcience passait par la réputation de l'organisation. En effet, 3 d'entre-eux(elles) maintenaient des contacts étroits avec les hôpitaux et cliniques régionaux ainsi qu'avec les centres d'assistance sociale dans le but de se faire connaître. De cette manière, les professionnels travaillant au sein de ces hôpitaux, cliniques ou centres d'assistance sociale orientaient leurs patients vers les organisations de soins à domicile de ces chefs.

Un(e) des chefs a mis l'accent sur la réalisation de formations en soins infirmiers techniques afin que son personnel infirmier soit le plus formé possible et, de ce fait, que la réputation de l'organisation en soit grandie.

Selon un(e) autre chef, c'était la satisfaction du patient passant par la réalisation correcte des actes techniques par l'infirmier(e) qui était la première stratégie d'effcience. En effet, selon ce(cette) même chef, la réputation du centre passait par le bouche à oreille dans les villages et prenait sa source dans la satisfaction du patient. « *L'image de marque, de qualité de soins, c'est tout ça qu'il faut promouvoir pour assurer la qualité des services et financièrement que ça aille bien* » (Interviewé n°8).

Un(e) autre chef encore distribuait chaque année pour le nouvel an des toutes-boîtes dans les villages régionaux, envoyait des courriers aux médecins traitants des patients soignés et demandait une publication d'une photo de l'équipe infirmier(e) du centre dans le journal régional afin de se faire connaître.

Une collaboration avec les établissements scolaires en soins infirmiers de la région a été mise en place par un(e) chef afin de se faire connaître et de favoriser l'embauche au sein du centre.

5.4.3. Ambiance au travail

Pour la quasi-majorité des chefs interviewés, c'est-à-dire 8 d'entre eux(elles), c'était le bien-être au travail qui primait pour obtenir une efficience de l'organisation de soins à domicile. Ces chefs ont exprimé le désir de développer ou de maintenir une ambiance ouverte et agréable, une relation de confiance avec leurs infirmier(e)s de même que de bons contacts avec ceux(celles)-ci par l'écoute des problèmes individuels ou d'équipe exprimés, par le fait de rester disponible 24 heures sur 24 ainsi que par l'organisation de soupers entre collègues. Ces soupers ont pour but de développer une relation non seulement professionnelle mais également personnelle avec l'équipe: « (...) *je trouve que c'est important de bien faire appel à l'équipe, et de le dire, et quand a des faiblesses, des moments de fatigue, de le dire et de le signaler, d'avoir une bonne communication entre collègues et d'avoir une belle ambiance dans l'équipe (...)* Je trouve que le domicile, les filles partent à quatre pattes même si elles sont malades. J'exagère mais c'est vrai. (...) *Ou parfois on n'a pas assez de personnel (...)* elles vont quand même faire le maximum, elles vont ressortir la nuit, elles vont faire des trucs supplémentaires chez les patients ou elles ne vont pas compter leurs heures, elles vont vraiment s'investir. (...) *Je pense que tout cela rend le travail plus facile, fait qu'on ne se sent pas tout seul dans son coin et niveau qualité de travail c'est important de bien se sentir dans son équipe, dans son travail, d'avoir une bonne relation au niveau hiérarchique, de savoir qu'on a la confiance.* » (Interviewé n°8).

Un(e) chef a ajouté qu'il(elle) obtenait de meilleurs résultats lorsque l'ambiance au travail était bonne et positive.

Deux autres chefs ont déclaré insister sur le fait que lorsqu'un membre de l'équipe a fini sa tournée plus tôt que prévu, il se doit d'appeler ses collègues travaillant le même jour afin de leur demander si son aide leur est nécessaire avant de rentrer chez lui.

5.4.4. Collaboration et coordination avec d'autres services

En ce qui concerne les prestations de soins d'hygiène, 2 chefs ont expliqué transférer les patients ayant un score dans l'échelle de Katz de 2 pour se laver et de 2 pour s'habiller à un service d'aides familiales. Deux autres chefs ont déclaré transférer de manière directe à ce même service les patients ne bénéficiant pas d'un forfait (A, B, C ou palliatif A, B ou C) après évaluation de l'échelle de Katz.

Pour 3 chefs, il en était de même pour les soins d'hygiène ne devant être réalisés qu'une ou 2 fois par semaine. *« Ici ça fait 3 ans où on est parti du principe que les nouveaux patients qui sont à l'échelle de Katz 2-2-1-1-1-1, nous commençons mais on transfère directement au service d'aide familiale. Et depuis on est en boni. On n'allait pas bien parce que malheureusement il faut parler de rentabilité, sinon on croule aussi, et ça se passe bien ! Donc les gens ont un peu de mal parce qu'ils savent que nous on est gratuites mais l'aide familiale il va payer 8,20€ donc voilà ils ont un peu de mal mais on leur explique qu'une aide familiale... s'ils ont besoin d'aide pour entrer dans une douche ils ont peut-être besoin d'aide pour autre chose de la vie quotidienne que l'infirmière va juste les aider à rentrer dans la douche, elle va attendre qu'il se douche et on les habille rarement puisqu'ils se rhabillent tous les autres jours de la semaine ! (...) On préfère consacrer ce temps-là à quelqu'un de chronique que regarder quelqu'un se laver. »* (Interviewé n°2).

Dans le cas où le patient bénéficiait d'un forfait A et où la demande de soins d'hygiène était de 2 fois par semaine, une alternance était organisée par un(e) des chefs en coordination avec le service d'aides familiales dans le sens où un(e) infirmier(e) réalisait la première toilette et une aide familiale la seconde.

Un(e) autre chef a exprimé le fait de réévaluer tous les mois le score de l'échelle de Katz d'un patient ne bénéficiant pas d'un forfait en vue d'une décision concernant le transfert de ce patient au service d'aides familiales ou la continuation de ces soins d'hygiène par un(e) infirmier(e) de l'équipe.

Un(e) chef a quant à lui(elle) insisté sur la coordination avec les différents services disponibles tels que les aides familiales, les aides-soignantes ainsi que les gardes malades afin d'atteindre l'efficacité de l'organisation.

5.4.5. Diminution du turnover

Quatre chefs sur les 10 ont mis l'accent sur la nécessité d'éviter le turnover chez les patients afin de garantir une certaine efficacité des soins. Trois d'entre eux(elles) ont mis en place une organisation particulière pour la réalisation des tournées consistant en la mise en place d'un(e) titulaire par tournée accompagné(e) d'un(e) ou 2 co-titulaires afin que les patients puissent avoir toujours les mêmes infirmier(e)s et garantir par cela une meilleure continuité, qualité et rentabilité des soins.

5.4.6. Autres dispositions internes

A) Infirmières protocole 3

Dans une des 10 interviews, un(e) chef a expliqué bénéficier d'infirmières faisant partie du projet protocole 3, autrement appelée infirmières de soutien. En effet, ces infirmières font initialement partie de l'équipe et se sont portées volontaires pour endosser ce rôle qui a pour but de réaliser la première visite chez le patient de plus de 65 ans nécessitant des soins d'hygiène. *« Donc elle a vraiment le temps de prendre le temps, d'analyser la situation, d'amener des réponses donc c'est déjà moins stressant car ce n'est pas sur une tournée normale où l'infirmière c'est vrai qu'elle a des heures à respecter et donc ça stresse. Et donc lui fournir toutes les réponses que la famille ou le patient se posent. Elle peut faire une analyse en se disant « tiens, là, il faudrait du matériel, il faut le passage d'un psychologue, une kiné... » et tout cela donc c'est vraiment faire une analyse de la situation. Elle nous fait un rapport qu'elle nous envoie par mail donc à l'infirmière responsable et à la responsable de la tournée. (...) Elles peuvent prendre contact avec les médecins, avec l'hôpital. Elles vont rendre visite à des patients hospitalisés et nous font un feedback en nous disant que tel patient rentre en maison de repos ou pour une sortie qui peut être programmée ou est moins bien, va rentrer en soins palliatifs... C'est vraiment très important. Elles font des visites tous les 15 jours chez les patients. (Interviewé n°8).*

Ce projet se termine en août 2018 et a conquis ce(cette) chef : *Moi j'espère vraiment que ce projet continuera ou peu importe comment on pourrait l'appeler mais l'infirmière de soutien c'est vraiment... et même les infirmières de terrain le disent, elles ne peuvent jamais rendre le temps qui est pris à ce moment-là parce qu'elles sont prises dans la tournée, et ont une charge de travail qui est là... Avec espoir on espère que ça continuera. Tout dépend du financement parce qu'évidemment pour la rentabilité on n'y est pas mais on peut l'être par après parce que tout est déjà mis en place pour l'infirmière dans la tournée. La rentabilité vient après. Et je crois aussi que les patients sont super contents et des patients super contents c'est un plus. (Interviewé n°8).*

B) Autre moyen de locomotion que la voiture

Un(e) chef dont l'équipe réalisait des soins infirmiers dans un centre-ville où la circulation et le stationnement sont compliqués a déclaré faire l'essai de la mise à disposition d'un vélo électrique à ses employé(e)s. En effet, le temps perdu afin de trouver une place où se garer ainsi que dans les embouteillages, manifestations ou détours pour cause de quartiers fermés ou de

travaux était pour ce(cette) chef considérable. La mise en place d'un vélo électrique était donc pour celui(elle)-ci une solution possible à cette perte de temps. « *C'est un essai, donc on va commencer après les fêtes, on va voir. Ça peut être sympa, mais enfin en hiver etc., dans la pluie et tout je suis assez bon... je suis un peu sceptique mais on verra.* » (Interviewé n°3).

C) Équipe mobile

Un(e) autre chef a abordé le sujet de l'équipe mobile. Selon l'Association des Fonds Fédéraux et Bicommunautaires (2018), cette équipe est financée soit par le Fonds Maribel soit par l'INAMI. Elle a pour but de remplacer pour une courte durée des prestataires infirmiers ou des aides soignant(e)s ou d'aider ces derniers dans l'exercice de leurs fonctions. Ce(cette) chef a exprimé envoyer l'équipe mobile en aide aux infirmier(e)s lorsque la charge de travail était considérée comme lourde ou lorsque la présence de 2 soignants était nécessaire au domicile d'un(e) patient(e).

D) Fermeture d'une zone de travail

Pour un(e) chef, c'est la fermeture de toute un côté d'une grande ville qui était auparavant desservie qui a été nécessaire afin de garantir l'efficacité de l'organisation. En effet, les distances étaient trop nombreuses à parcourir et la rentabilité des soins en était donc fortement affectée.

E) Mise en place d'une convention avec un laboratoire

Une convention avec un laboratoire régional a été signée par un(e) des chefs interviewé(e)s afin que les infirmier(e)s de l'équipe puissent réaliser des prises de sang à domicile pour ce même laboratoire. Cela permettait aux patients de ne pas se déplacer et à l'organisation de gagner en rentabilité en facturant 6,50€, le tarif des soins divers, la prise de sang. Ce(cette) chef a exprimé vouloir augmenter ce tarif à 10€.

F) Travail en horaires variables

Un(e) autre chef a expliqué travailler en horaires variables et non pas en périodes de tournées prédéfinies. Cela signifie que ce(cette) chef organisait ses tournées principalement de manière géographique, sans tenir compte en premier lieu de la charge de travail. À la fin de chaque tournée, les infirmier(e)s transmettaient le temps de travail presté à leur chef qui pouvait varier entre 4h et 5h30 le matin et entre 1h et 2h30 le soir.

6. Discussion

6.1. Analyse des résultats sur base du schéma théorique

Afin de répondre à la question de recherche « Quelles sont les stratégies et ressources employées par l'infirmier(e) en chef pour maintenir une efficience dans le cadre d'une organisation dispensant des soins infirmiers à domicile en Belgique francophone ? », il semble pertinent d'analyser les différents éléments décrits dans la partie « Résultats » sur base du schéma théorique créé au point 3.4.

A) Organisation de soins infirmiers à domicile

Tout d'abord, chaque organisation travaille au sein d'une zone géographique délimitée et répartie en différents secteurs. Ces derniers sont supervisés par des infirmier(e)s titulaires et desservis par des infirmier(e)s co-titulaires ou volantes en cas d'absence (congé, maladie ou jour de repos) du titulaire. De plus, nous avons pu constater que chaque organisation de soins infirmiers à domicile a une vision personnelle de la qualité de soins, de la rentabilité et des techniques d'efficience qui est inhérente à son fonctionnement interne. En effet ces visions sont fonction de la manière dont le travail est organisé, réparti et analysé par l'infirmier(e) en chef.

La question de l'équité de l'accès aux soins peut être posée par le biais de l'imposition par certains chefs de matériels adaptés au domicile du patient pour la réalisation des soins. En effet, les organisations de soins infirmiers à domicile prônent les soins pour tous. Or, certains patients ne peuvent peut-être pas se permettre la location de ce type de matériel. Cet aspect sera développé dans le point 6.2. de ce travail.

B) Gestion d'équipe

Ensuite, en ce qui concerne la gestion d'équipe par l'infirmier(e) en chef de l'organisation, le management consiste principalement en la constitution des horaires des membres de l'équipe, l'aménagement des tournées et la répartition des patients au sein de ces dernières. Il consiste également en l'organisation de réunions d'équipe – à fréquence variable – permettant divers échanges concernant les patients, les techniques de soins, les informations intra-organisationnelles ou autres sujets. De plus, l'accent a été porté par plusieurs chefs sur l'importance d'une stabilité infirmière permettant d'éviter le turnover, source d'altération de la qualité des soins.

La réalisation des soins est basée sur la confiance qu'octroie le(la) chef aux membres de son équipe, le(la) manager n'étant pas présent(e) sur les lieux des soins. Ce n'est uniquement que par les échos des patients, des collègues, de la famille ou de l'infirmier(e) lui(elle)-même qu'un événement indésirable, qu'un conflit ou qu'une inaptitude d'un membre de l'équipe est révélée au responsable.

C) Qualité des soins

En outre, la qualité des soins prestés par les membres de l'équipe dépend de plusieurs facteurs internes ou externes à l'organisation. Dans l'ensemble, des formations sont régulièrement offertes aux infirmier(e)s et la définition d'infirmier(e)s de référence est établie pour un meilleur suivi des soins et des patients.

Le rôle de l'infirmier(e) en chef dans le cadre de la qualité des soins a été défini comme étant la réalisation d'entretiens d'évaluation ou de fonctionnement par celui(elle)-ci avec les membres de son équipe. Cependant, le temps devant être prévu pour ces entretiens est trop conséquent pour que la fréquence de ceux-ci soit régulière. De plus, l'établissement d'une ambiance de travail positive a été définie comme inhérente à la qualité des soins.

La vérification de l'adéquation des scores des échelles de Katz fait également partie du rôle du l'infirmier(e) en chef dans la qualité des soins, afin que la fréquence de passage des infirmier(e)s soit adaptée et que la rentabilité de l'organisation soit plus ou moins assurée.

D) Rentabilité

De surcroît, la rentabilité de l'organisation découle de la fréquence de passage déterminée par le score de l'échelle de Katz, du type de soins ou encore de la distance géographique à parcourir. Un coût horaire est établi pour chaque tournée créée et doit pouvoir atteindre une moyenne déterminée pour chaque organisation sur base du profil régional (types de soins, types de patients, ruralité, etc.).

E) Efficience

Enfin, l'efficience de l'organisation est atteinte par le biais de diverses stratégies telles que la sensibilisation des infirmier(e)s aux tarifs INAMI, la promotion de l'organisation ou autres solutions internes. Ces solutions ne sont pas universelles et ne peuvent être appliquées à chaque organisation. En effet, cela dépend du type de management, de la rentabilité demandée ainsi que de la vision de la qualité de soins. Elles peuvent toutefois servir d'inspiration et être adaptées à chaque organisation.

6.2. Mise en perspective des résultats avec la littérature

Au vu de l'analyse des résultats en lien avec le schéma théorique repris précédemment, nous allons tenter de mettre ceux-ci en perspective avec la littérature concernant l'efficience au sein des organisations de soins infirmiers à domicile.

6.2.1. *Influence du style de management sur la qualité des soins*

Tout d'abord, en ce qui concerne les techniques de management, Sfantou et al. (2017) décrivent le style de leadership comme jouant un rôle essentiel dans l'amélioration des mesures de qualité dans les soins de santé et dans les soins infirmiers. En effet, selon ce même article, l'impact sur les résultats liés à la santé diffère selon le type de leadership présent au sein de l'organisation. Lors des entretiens, la notion de leadership a été abordée de diverses manières. En effet, au sein des diverses questions, 6 infirmier(e)s en chef ont énoncé le développement d'une communication adéquate avec les membres de leurs équipes, par le biais de l'instauration d'une relation de confiance et de respect mutuel comme étant leur définition de la qualité des soins. Six infirmier(e)s en chef ont évoqué la communication avec les membres de son équipe comme influençant la qualité des soins, en insistant sur le fait que le développement d'une relation de confiance avec ceux-ci stimulerait une ambiance agréable au sein de l'équipe et impacterait donc positivement la qualité des soins. Un(e) infirmier(e) en chef a déclaré obtenir des meilleurs résultats concernant l'efficience de l'organisation de soins infirmiers à domicile lorsque l'ambiance au travail était bonne et positive. Ces résultats viennent donc affirmer les dires de Sfantou et al. (2017) cités précédemment.

Ensuite, la notion de participation à des formations sur les techniques de soins par les membres de l'équipe pour une amélioration de la qualité des soins a été fortement mise en avant lors des entretiens réalisés. Cependant, cet article (Sfantou et al. 2017) prône également la formation continue des managers - des infirmier(e)s en chef dans le cadre de ce travail - pour l'atteinte de soins de qualité, notion non soulevée dans la présentation des résultats, semblant pourtant être essentielle selon l'article. Les différentes organisations de soins de santé devraient donc avoir pour but, selon ce même article, d'assurer l'expertise technique et professionnelle des managers afin d'améliorer les indicateurs dans les soins de santé.

6.2.2. Mesure de la qualité des soins infirmiers à domicile

En ce qui concerne la qualité des soins, Rapin et al. (2015) se sont basés sur le modèle théorique de Dubois et al. (2013) afin d'étendre les indicateurs de qualité des soins créés par ces derniers au domaine des soins infirmiers ambulatoires mais également de l'enrichir de 5 nouveaux indicateurs. Ces derniers sont la promotion/la prévention, la gestion des problèmes et des symptômes, la planification et l'évaluation, l'aptitude à prendre soin de soi et les types d'approvisionnement en personnel infirmier. Lors des entretiens, seul(e) un(e) chef a expliqué avoir créé des indicateurs de qualité spécifiques à son centre de soins. Or, selon cet article, l'utilisation d'indicateurs de qualité de soins en ambulatoire constitue une étape importante dans l'examen de la qualité des soins réalisés par l'équipe.

Bien que l'utilisation d'indicateurs en ambulatoire soit complexe et présente un défi en termes de faisabilité, elle servirait de base pour l'amélioration de la pratique infirmière (Rapin et al., 2015). Stalperds et al. (2016) adoptent cette même position et affirment qu'un autre moyen existe afin de mesurer la qualité des soins infirmiers. En effet, selon eux, la satisfaction des infirmier(e)s par rapport à la qualité des soins serait également une méthode permettant d'évaluer la qualité des soins. Au cours de nos interviews, 3 chefs ont évoqué la satisfaction du personnel ainsi que des patients et/ou du médecin pour définir la notion de qualité des soins. N'étant pas sur le terrain lors des soins, ils analysent la qualité des soins prestés par le biais de la satisfaction des membres de leur équipe concernant le travail dans son ensemble, les soins et les résultats de ceux-ci. En effet, selon Stalperds et al. (2016), les indicateurs de qualité de soins étant en corrélation positive et directe avec la perception de la qualité des soins par les infirmier(e)s, cette dernière peut servir de base pour la mesure de la qualité par l'infirmier(e) en chef.

6.2.3. Fixation des objectifs de soins orientés patient

Comme nous avons pu le voir précédemment dans la partie « Résultats » de ce travail, aucun propos n'a été émis de la part des infirmier(e)s en chef interviewé(e)s concernant la manière dont les objectifs de soins sont définis et mis en place avec le patient. Or, selon Shafir et al. (2016), l'évaluation et la prise en charge de ces objectifs de soins constituent un élément important dans la définition de la qualité de soins par les patients. Ces mêmes auteurs mettent en avant la nécessité d'améliorer les soins centrés sur le patient dans le cadre des soins de santé primaires, notamment par l'utilisation d'indicateurs de qualité permettant d'évaluer la satisfaction des patients par rapport à leurs prestataires de soins. Cela vient donc appuyer les

propos tenus par Rapin et al. (2015) selon lesquels il est essentiel de mettre en place des indicateurs de qualité des soins dans le cadre des soins infirmiers ambulatoires.

6.2.4. Freins à l'équité dans les soins infirmiers à domicile

Nous avons pu voir que certain(e)s infirmier(e)s en chef ont refusé l'accès de certains patients à leur organisation pour absence de matériel adapté à domicile pouvant nuire à la sécurité du patient et de l'infirmier(e). Bien que cette méthode puisse en effet garantir la sécurité des personnes impliquées et, par ce fait, éviter que la qualité des soins soit impactée, il met à mal la notion d'équité de l'accès aux soins. Or, selon Richard et al. (2016), l'équité de l'accès aux soins de santé primaires est un déterminant social majeur de la santé. Le secteur des soins de santé primaires a la responsabilité de promouvoir cette équité par le développement d'arrangements équitables entre les organisations de soins de santé primaires et les patients. En Belgique francophone, les mutuelles offrent un certain pourcentage de remboursement en cas de location ou d'achat de matériels tels qu'un lit électrique, une chaise percée, etc. Certains patients n'ont parfois pas les moyens de financer la partie non remboursée du matériel. Rares sont les études consacrées à l'équité des soins de santé primaires en ce qui concerne les fournitures matérielles à domicile.

6.2.5. Freins à la pratique de l'Evidence Based Nursing dans le secteur des soins infirmiers à domicile

Lors des entretiens, aucun(e) infirmier(e) en chef n'a mentionné de base de référence ou n'a abordé le sujet de l'Evidence Based Nursing en ce qui concerne l'évaluation des soins prodigués par leur équipe infirmière. Or, selon Williams et al. (2009), la pratique infirmière fondée sur les preuves est essentielle dans le cadre des soins infirmiers à domicile. En effet, selon ces auteurs, il y est impératif d'appliquer l'Evidence Based Nursing puisque les soins prodigués y sont de plus en plus complexes et que les soins de santé, de manière générale, deviennent de plus en plus coûteux. Cependant, Whittier (2008) demande une reconnaissance du manque de budget attribué aux soins infirmiers à domicile et des horaires surchargés de ces infirmier(e)s venant freiner l'adoption de l'Evidence Based Nursing par ceux(elles)-ci. Ce manque de temps et de budget pourrait expliquer la non-mention de cette pratique par les infirmier(e)s en chef interviewé(e)s. Whittier (2008) suggère un financement par subventions versés aux salaires des infirmier(e)s à domicile afin de stimuler l'usage de cette pratique infirmière dans ce cadre de soins.

6.2.6. Logiques d'efficience des soins à domicile

Plusieurs infirmier(e)s en chef ont estimé recevoir un sous-financement de la part de l'INAMI, ce qui engendrerait des difficultés dans l'atteinte d'une rentabilité de leur organisation. Nous avons pu constater au point « Exemple » du chapitre « Contraintes à l'atteinte du Triple Aim » une différence de financement selon la réalisation des actes de soins à domicile par un(e) infirmier(e) ou par un(e) médecin. Selon Martin-Misener et al. (2017), les infirmier(e)s à domicile sont pourtant tout aussi efficaces et assument les mêmes responsabilités lors des soins que les médecins. La question d'une équité salariale s'impose donc. La rentabilité dépend, selon ces mêmes auteurs, du faible salaire dans le cadre des soins infirmiers à domicile et de l'autonomie de ces professionnels. Nous nous étions donc posé la question d'une logique d'efficience des soins selon un regard d'efficience sociétale ou de continuité relationnelle (point 3.2.2.). Selon l'étude menée par Martin-Misener et al. en 2017, les patients étaient généralement plus satisfaits des soins fournis par les praticiens infirmiers en comparaison des soins fournis à domicile par les médecins généralistes. En effet, les infirmier(e)s auraient plus d'expériences pratiques concernant les soins réalisés à domicile par rapport aux médecins. De plus, ils(elles) fourniraient plus d'informations à leurs patients concernant leur maladie/problème de santé et la gestion individuelle de celui(elle)-ci. Ceci engendrerait un temps au domicile du patient plus long au premier abord mais améliorerait la satisfaction des bénéficiaires de soins et réduirait l'utilisation de ressources au fur et à mesure des visites.

6.2.7. Éléments influençant la performance des soins infirmiers à domicile

Nous avons pu constater dans la partie « Résultats » que la plupart des chefs ont nommé le type d'intervention à réaliser au domicile du patient comme influençant, négativement ou positivement, la rentabilité de l'organisation. Le type d'intervention est inhérent aux caractéristiques personnelles du patient, selon le score de l'échelle de Katz lui étant attribué. Manuel Cordero Ferrera et al. (2014) affirment que la performance de l'organisation de soins infirmiers à domicile est surtout influencée par des facteurs lui étant hors de contrôle, y compris les caractéristiques sociodémographiques des patients.

6.2.8. Difficultés dans l'établissement de stratégies d'efficience des soins infirmiers à domicile

En termes d'efficience des soins infirmiers à domicile et des stratégies associées, Martin-Misener et al. (2015) affirment que la détermination de l'efficience dans ce domaine est chargée de challenges méthodologiques et éthiques, ce qui rend rare la littérature sur le sujet. Selon Winpenny et al. (2017), le rapport coût-efficacité au sein des services ambulatoires (soins infirmiers à domicile, médecins traitants, etc.) dépend des tarifs instaurés en ce qui concerne les actes prestés et les différentes modalités de remboursement associées. Il dépend également de la qualité des soins dont les conditions/définitions varient selon la population. Cela expliquerait la complexité de la recherche sur le sujet. En effet, lors des entretiens, nous avons pu constater que les stratégies employées par les infirmier(e)s en chef afin de garantir l'efficience de l'organisation de soins infirmiers à domicile au sein de laquelle ils(elles) exercent sont diverses et variées et dépendent de plusieurs facteurs, internes ou externes à celles-ci. Si certaines stratégies étaient partagées par plusieurs infirmier(e)s en chef, telles que la stimulation de la notoriété de l'organisation, la sensibilisation des infirmier(e)s sur les tarifs INAMI, le développement d'une ambiance de travail positive et agréable, la collaboration et la coordination avec d'autres services ou encore la diminution du turnover, d'autres étaient plus spécifiques à l'équipe. En effet, ces dernières stratégies dépendaient de la région de travail, du style de management de l'infirmier(e) en chef et des différentes collaborations existantes avec d'autres systèmes et organisations (infirmière protocole 3, autre moyen de locomotion que la voiture, stimulation d'une équipe mobile, fermeture d'une zone de travail, convention avec un laboratoire, travail en horaires variables). Ces différentes caractéristiques permettent d'appuyer les dires des deux articles cités précédemment, en témoignant la complexité d'établir des stratégies d'efficience accessibles et réalisables par l'ensemble des infirmier(e)s en chef d'organisations de soins infirmiers à domicile.

6.3. Critique méthodologique

Tout d'abord, nombreuses sont les sources et explications concernant le fonctionnement et le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique, celles-ci pouvant aisément se trouver sur les sites de l'INAMI, du SPF Santé Publique ou encore sur les sites des différentes mutuelles existantes dans le pays. Cependant, comme dit précédemment, rare est la littérature sur la rentabilité et l'efficacité des soins infirmiers à domicile, que ce soit en Belgique ou dans d'autres pays. De plus, dans le cas où des revues de littérature concernant la mise en place de stratégies pour l'efficacité de ce type de soins infirmiers avaient été rédigées, il aurait été complexe de pouvoir les comparer à la Belgique francophone. En effet, les méthodes de financement, de remboursement et d'organisation des soins de santé primaires varient selon les pays – et régions – et ne s'équivalent donc pas. La comparaison n'aurait donc pas été pertinente car les diverses stratégies n'auraient – peut-être – pas pu être applicables et donc efficaces.

Ensuite, il est important de préciser, dans le contexte actuel des soins de santé primaires belges, la difficulté de mesurer et d'obtenir des données quantitatives et qualitatives concernant la qualité des soins offerts par les infirmier(e)s à domicile. En effet, cette notion est subjective et rares sont les enquêtes précises réalisées sur le sujet.

En outre, en ce qui concerne la réalisation des entretiens qualitatifs semi-dirigés, la force a été dans l'implication des infirmier(e)s en chef interviewés. En effet, ces dernier(e)s étant intéressé(e)s par le sujet, leurs réponses aux questions étaient étoffées et ponctuées d'exemples. Cela nous a aidée dans la précision et dans l'appui des concepts théoriques de ce travail. Les faiblesses ont été les interruptions survenant au cours de ces entretiens, venant désorganiser les réponses des intervenant(e)s, les coupant dans leurs élans. De plus, au vu de la charge de travail qui incombe aux infirmier(e)s en chef, les entretiens ont parfois dû être réalisés de manière accélérée ou reportée pour cause d'oubli de la part des interviewé(e)s, ce qui a pu rendre les réponses aux questions moins complètes et réfléchies.

Enfin, notre connaissance de ce type d'organisation par le biais de notre activité professionnelle peut être considérée tant comme une force qu'une faiblesse. En effet, la compréhension et l'explicitation des différents concepts théoriques a été plus aisée et les exemples aidant à la précision de ces concepts étaient à notre portée. Notre subjectivité peut cependant être considérée comme une faiblesse dans le cadre de ce travail bien que nous ayons adopté une position neutre au cours de la rédaction.

6.4. Perspectives de recherche

Tout d'abord, il pourrait être intéressant de comparer les chiffres de rentabilité des organisations interviewées avec les stratégies d'efficience mises en place par les infirmier(e)s en chef de ces organisations. Ceci aurait comme but de visualiser l'efficacité de ces stratégies au niveau rentabilité. Cependant, ce calcul serait complexe au vu des différents facteurs internes et externes aux organisations à prendre en compte. En effet, le type de management diffère ainsi que l'environnement extérieur (village ou grande ville) ou encore les caractéristiques personnelles des membres de l'équipe. Tout ceci constituerait des biais dans la comparaison. Néanmoins, un travail reprenant les types de fonctionnement des organisations, les stratégies appliquées et les chiffres de rentabilité associés pourrait servir de comparaison aux autres organisations de soins infirmiers à domicile et d'inspiration pour l'application – adaptée – de ces stratégies au sein de celles-ci.

Ensuite, en ce qui concerne la qualité des soins infirmiers et son évaluation, il serait intéressant de réaliser une grille d'évaluation spécialisée pouvant être utilisée par l'ensemble des organisations de soins infirmiers à domicile et permettant d'évaluer de manière plus aisée la qualité des soins réalisés chez les bénéficiaires de soins. Cette grille pourrait être constituée de 2 parties, une réservée au bénéficiaire et l'autre réservée à l'infirmier(e) à domicile. Ces parties pourraient être couplées afin d'avoir une idée de la qualité des soins perçue par les patients pour tel(le) infirmier(e) et par ce(cette) dernier(e). En effet, les méthodes d'évaluation de la qualité des soins infirmiers à domicile restent subjectives et non comparables entre les différentes organisations.

Enfin, la réalisation d'interviews auprès d'infirmier(e)s à domicile étant sous la responsabilité d'infirmier(e)s en chef pourrait être pertinente afin d'analyser les ressentis du terrain concernant les différentes stratégies d'efficience mises en place par ces dernier(e)s. Cela permettrait de visualiser l'impact du besoin de rentabilité des organisations sur les acteurs de terrain et la faisabilité, le ressenti de ces derniers concernant les stratégies d'efficience. De plus, nous pourrions analyser l'influence de ces stratégies sur l'organisation de leur travail et plus particulièrement sur l'impact – positif ou négatif – au niveau de la qualité des soins auprès des bénéficiaires.

7. Conclusion

L'objectif de ce mémoire était de tenter de répondre à la question de recherche : « Quelles sont les stratégies et ressources employées par l'infirmier(e) en chef pour maintenir une efficience dans le cadre d'une organisation dispensant des soins infirmiers à domicile en Belgique francophone ? ».

Peu nombreuses sont les revues de littérature concernant des stratégies mises en place et permettant une efficience au sein d'organisations de soins infirmiers à domicile, indépendantes ou non. Plus abondantes sont celles concernant la qualité des soins infirmiers. La réalisation d'entretiens qualitatifs semi-dirigés auprès d'infirmier(e)s en chef d'organisations de soins infirmiers à domicile en Belgique francophone ont cependant permis la désignation de certaines d'entre-elles.

Les différentes stratégies et ressources employées par ces infirmier(e)s en chef sont nombreuses et spécifiques à chaque organisation de soins infirmiers à domicile. Si plusieurs stratégies se regroupent, d'autres sont plus ciblées en fonction du type de management de l'équipe. Il est donc complexe d'établir une liste de stratégies pouvant être appliquée à l'ensemble des organisations, car les résultats de celles-ci diffèrent selon de nombreux facteurs internes et externes à ces dernières. Ces stratégies varient de l'établissement de collaborations avec d'autres organisations, à l'instauration de formations de sensibilisation aux tarifs INAMI auprès des membres de l'équipe, à l'instauration d'une ambiance de travail agréable et positive, à la stimulation de la notoriété de l'organisation, à la diminution du turnover et à l'établissement d'autres dispositions internes spécifiques (infirmière protocole 3, autre moyen de locomotion que la voiture, etc.).

Ces résultats ouvrent la voie à différentes perspectives de recherche concernant l'efficacité avérée ou non de ces stratégies sur la rentabilité et la qualité des soins des organisations, de même que sur le vécu de l'application de ces stratégies par les acteurs de terrain : les infirmier(e)s à domicile sous la responsabilité des infirmier(e)s en chef de ces organisations.

8. Bibliographie

ACTIRIS BRUSSELS. (2017). Liste des fonctions critiques en RBC en 2016. *Actiris Brussels, au cœur de l'emploi*. Disponible à l'adresse : <http://www.actiris.be/Portals/36/Documents/FR/Liste%20fonctions%20critiques%20en%202016.pdf>, consulté le 28 août 2017.

AIDE ET SOINS A DOMICILE. Nos valeurs. In : *Aide et soins à Domicile : Partenaire Mutualité chrétienne* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.aideetsoinsadomicile.be/fr/nos-valeurs-2>, consulté le 05 avril 2018

Arrêté Royal du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef. *Moniteur Belge*, 28 août 2006, p.42546. Disponible à l'adresse : <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831>, consulté le 06 novembre 2017.

ASSOCIATION DES FONDS SOCIAUX FEDERAUX ET BICOMMUNAUTAIRES. (2018). Equipe mobile. *Secteur des personnes âgées – Emploi*. Disponible à l'adresse : <https://www.fe-bi.org/fr/ouderenzorg/werk/equipe-mobile>, consulté le 01 mars 2018.

AUJOULAT I. (2015). *Introduction aux méthodes qualitatives*. 1^{ère} Master en Santé Publique. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

AUWERS T. (2016). La Sécurité Sociale : Tout ce que vous avez toujours voulu savoir. *Service Public Fédéral Sécurité Sociale*. Disponible sur le site web du Service Public Fédéral Sécurité Sociale : https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/alwa-fr_1.pdf, consulté le 31 juillet 2017.

BENNIS W. (2009). *On Becoming a Leader*, édition révisée [Version électronique]. Philadelphie : Basic Books. 254p. Disponible à l'adresse : 128.ir/downloads/getfile/file/4378437295299ce0450334.pdf/lang/fa, consulté le 19 septembre 2017.

BOUDIN D., HURLIMANN C., JOURDAIN A. (2001). Approche conceptuelle de la qualité des soins [Version électronique]. *Actualité et dossier en santé publique*, (35), 23-28. Disponible à l'adresse : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad352328.pdf>, consulté le 19 septembre 2017.

BOULET J-F. (2012). Les services de soins et d'aide à domicile face au défi démographique. [Version électronique]. Bruxelles : Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation. 20p. Disponible à l'adresse :

http://www.cpcp.be/medias/pdfs/publications/soins_domicile.pdf, consulté le 02 août 2017.

CALLENS M. (2015). Analyses et points de vue. *MC Informations – Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes*. Disponible sur le site de la Mutualité Chrétienne : https://www.mc.be/binaries/mc-informations_259_mars_2015_tcm377-158665.pdf, consulté le 22 septembre 2017.

CENTRALE GENERALE DES SYNDICATS LIBERAUX DE BELGIQUE. (2017). *C.P. des établissements & services de santé 330 – S.C.P. pour les soins infirmiers à domicile 330.01.3*. Disponible à l'adresse : http://www.cgsלב.be/sites/default/files/acלב/Documenten/Sectoren/loon_arbeidsvoorwaarden/non-marchand/330-01-3_f_0.pdf, consulté le 25 septembre 2017.

COUMONT J. (2012). Les soins infirmiers à domicile en péril : La CNE et Aide et Soins à Domicile sensibilisent l'opinion publique et le pouvoir politique ! *CNE, l'avenir à son syndicat*. Disponible à l'adresse : <https://cne.csc-en-ligne.be/Images/2012-10-10-tcm222-369739.pdf>, consulté le 28 août 2017.

CUNEO P. (2000). Le système de soins confronté au principe d'efficience [Version électronique]. *Actualité et dossier en santé publique*, (33), 30-31. Disponible à l'adresse : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad333031.pdf>, consulté le 19 septembre 2017.

DAVID B., TINETTI M. (2012). Goal-Oriented Patient Care – An Alternative Health Outcomes Paradigm [Version électronique]. *The New England Journal of Medicine*, (366), 777-779. Disponible à l'adresse : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1113631>, consulté le 22 février 2018.

DAVIES P. (2005). Axioms for governing health system [Version électronique]. *BMJ*, (330), 10-32. Disponible à l'adresse : <http://www.bmj.com/content/330/7498/1032.full>, consulté le 21 février 2018.

DHONDT J. (2009). *Les soins infirmiers à domicile. Bien soigné, chez vous*. [Version électronique]. Bruxelles : Mutualités Libres. 20p. Disponible sur le site des Mutualités Libres : <http://bienvivrechezsoi.be/filemanager/file/SAD%20-%20Services%20d%27Aide%20%C3%A0%20Domicile/33bis%20SAD%20%E2%80%93%20Mutualites%20libres%20%E2%80%93%20les%20soins%20infirmiers%20a%20domicile%20-%2020140715.pdf>, consulté le 11 août 2017.

DRUCKER P., MACIARIELLO J. (2008). *Management : Tasks, responsibilities, practices*, Édition révisée. [Version électronique]. New York : HarperCollins Publishers Inc. 568p. Disponible à l'adresse : http://www.kvimis.co.in/sites/kvimis.co.in/files/ebook_attachments/Peter%20F%20Drucker%20Management%20Rev%20Ed.pdf, consulté le 15 juillet 2017.

DUBOIS C-A., D'AMOUR D., POMEY M-P., GIRARD F., BRAULT I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement : a systematic and interpretive review [Version électronique]. *BioMed Central Nursing*, 12(7), 55-72. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3600011/>, consulté le 20 octobre 2017.

EVEBORN P., FLISBERG P., RONNQVIST M. (2005). Laps Care – an operational system for staff planning of home care [Version électronique]. *European Journal of Operational Research*, 171(3), 962-976. Disponible à l'adresse : https://ac.els-cdn.com/S0377221705001207/1-s2.0-S0377221705001207-main.pdf?_tid=da231c64-be43-11e7-b483-00000aacb35e&acdnat=1509458609_bc7458968507790c3c5c40f15cf80dc2, consulté le 31 octobre 2017.

FAYOL H. (1917). *Administration industrielle et générale*, 3^{ème} éd. [Version électronique]. Paris : H. DUNOD et E. PINAT ÉDITEURS. 170p. Disponible sur le site web de l'Université de Grenoble Alpes : <http://babel.upmf-grenoble.fr/omeka-2.1.4/files/original/77990.pdf>, consulté le 15 juillet 2017.

FEDERATION NATIONALE DES INFIRMIERES DE Belgique. (2013). La fin des soins infirmiers à domicile ? *Agora – Le journal de l'infirmier(e) belge*, (10), 34p. Disponible à l'adresse : <https://www.fnib.be/telechargement-60/category/4-agora?download=180:agora-10>, consulté le 06 novembre 2017.

GAUNAND A. (2017). Une définition du leadership : influencer et fédérer. *Antonin Gaunand : conférencier//expert en leadership et agilité*. Disponible à l'adresse : <http://www.antonin-gaunand.com/leadership/une-definition-du-leadership-influencer-et-federer/>, consulté le 19 septembre 2017.

GOBERT M., DARRAS E., HUBINON M., DELFLOOR T. (2010). Belgique [Version électronique]. *Recherche en soins infirmiers*, 100(1), 8-13. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-1-page-8.html>, consulté le 23 février 2018.

HEALTH QUALITY ONTARIO. (2013). Home Care Quality Indicators Definitions. *Health Quality ontario*. Disponible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/pr/hc-quality-indicators-definitions-table-2013-en.pdf>, consulté le 16 juillet 2017.

HERSEY P., BLANCHARD K. (1988). *Management of organizational behavior*, 5^{ème} éd [Version électronique]. New Jersey : Englewood Cliffs. P. 269-201. Disponible à l'adresse : <https://ess220.files.wordpress.com/2008/02/hersey-blanchard-1988.pdf>, consulté le 19 septembre 2017.

HEYDEN I., MOLLO V. (2013). Caractériser l'environnement de travail du soignant à domicile : un enjeu pour le développement de l'Éducation thérapeutique du Patient. *Activités*. Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/activites/781#quotation>, consulté le 04 mars 2018.

HEYMANS I. (2006). Pourquoi des soins de santé primaires ? [Version électronique]. *Santé conjugulée*, (37), 25-30. Disponible sur le site web de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones asbl : <http://www.maisonmedicale.org/Pourquoi-des-soins-de-sante.html>, consulté le 26 juillet 2017.

INAMI. (2017). Contactez les mutualités. *Institut national d'assurance maladie invalidité*. Disponible à l'adresse : <http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/autres/mutualites/Pages/contactez-mutualites.aspx#.WY2AwYjyIU>, consulté le 11 août 2017.

INAMI. (2018). Echelle d'évaluation (Katz). *Institut national d'assurance maladie invalidité*. Disponible à l'adresse : <http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/echelle-evaluation-katz.aspx#.Wo1jVajOXIU>, consulté le 21 février 2018.

INAMI. (2017). Financement structurel des services intégrés de soins à domicile (SISD). *Institut national d'assurance maladie invalidité*. Disponible à l'adresse : <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/services-soins-domicile/Pages/financement-structurel-services-integres-soins-domicile.aspx#.WcPwtMhJbIV>, consulté le 21 septembre 2017.

INAMI. (2017). Nomenclature – Textes. *Institut national d'assurance maladie invalidité*. Disponible à l'adresse : http://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature/Pages/default.aspx#Chapitre_I_-_Généralités, consulté le 31 juillet 2017.

INAMI. (2017). Soins par l'infirmier. *Institut national d'assurance maladie invalidité*. Disponible à l'adresse : http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/default.aspx#Prestations_de_base, consulté le 11 août 2017.

INAMI. (2018). Tarifs ; médecins – consultations et visites ; 01-01-2018. *Institut national d'assurance maladie invalidité*. Disponible à l'adresse : http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_medecins_partie01_20180101.pdf, consulté le 21 février 2018.

INAMI. (2018). Tarifs ; Soins infirmiers ; 01-01-2018. *Institut national d'assurance maladie invalidité*. Disponible à l'adresse : http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_infirmiers_20180101corr.pdf, consulté le 21 février 2018.

INTISSAR S., RABEB C. (2015). Stages to follow in a qualitative data analysis according to three analysis methods : The grounded theory approach of Strauss and Corbin, the qualitative analysis method of Miles and Huberman and the thematic analysis of Paillé and Mucchielli, a literature review [Version électronique]. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 7(2), 8p. Disponible à l'adresse : <http://www.em-consulte.com/article/1006529/pdf/etapes-a-suivre-dans-une-analyse-qualitative-de-do>, consulté le 21 février 2018.

KARAM M., JACQMIN N., PIRON C. (2016). *L'Evidence Based Nursing : Quoi ? Pourquoi ? Pour qui ? Comment ?* 2^{ème} Congrès International : la profession infirmière au cœur du système de santé (Université Saint Joseph, Beyrouth, Liban, du 17/11/2016 au 19/11/2016). Disponible à l'adresse : <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:178220>, consulté le 26 avril 2018.

LE FOREM. (2017). Fonctions critiques et métiers en pénurie ? *Le Forem*. Disponible à l'adresse : <https://www.leforem.be/former/horizonemploi/metier/index-demande.html>: consulté le 28 août 2017.

LEMAIRE G. (2003). Soins ambulatoires : Qu'est-ce qui bouge ? Histoire des services et soins à domicile [Version électronique]. *La revue nouvelle*, (10), 52-61. Disponible sur le site web de la Revue Nouvelle : http://www.revuenouvelle.be/IMG/pdf/052-061_dossier_Lemaire.pdf, consulté le 26 juillet 2017.

LUXFORD K., GELB SAFRAN D., DELBANCO T. (2011). Promoting patient-centered care : a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience [Version électronique]. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510-515. Disponible à l'adresse : <https://academic.oup.com/intqhc/article/23/5/510/1864420>, consulté le 06 novembre 2017.

Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualité. *Moniteur Belge*, 28 septembre 1990, p.18475. Disponible sur le site web du Service Public fédéral Justice : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1990080635&table_name=loi: consulté le 31 juillet 2017.

Loi du 8 Juillet 2002 relative aux normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile. *Moniteur Belge*, 5 octobre 2002, p.45237. Disponible à l'adresse : <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8907-8030-2696>, consulté le 22 septembre 2017.

Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. *Moniteur Belge*, 27 août 1994, p.21524. Disponible sur le site web du Service Public fédéral Justice : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1994071438&table_name=loi: consulté le 31 juillet 2017.

LORANT V. (2015). *Introduction au système de soins de santé en Belgique*. 1^{ère} Master en Santé Publique. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

MACINKO J., MONTENEGRO H., NEBOT C. (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas : A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)* [Version électronique]. Washington D.C. : Pan American Health Organization. 33p. Disponible sur le site web du World Health Organization : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>, consulté le 26 juillet 2017.

MANUEL CORDERO FERRERA J., CRESPO CEBADA E., MURILLO ZAMORANO L. (2014). The effect of quality and socio-demographic variables on efficiency measures in primary health care [Version électronique]. *The European Journal of Health Economics*, 15(3), 289-302. Disponible à l'adresse : <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10198-013-0476-1>, consulté le 10 avril 2018.

MARTIN-MISENER R., HARBMAN P., DONALD F., REID K., KILPATRICK K., CARTNER N. et al. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care : systematic review [Version électronique]. *BMJ Open*, 5(6), 67-71. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4466759/>, consulté le 10 avril 2018.

MEURENS P. (2017). *Management humain et comportement organisationnel*. 2^{ème} Master en Santé Publique. Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

MICLOTTE C. (2017). *CAAMI : une autre mutuelle !*, 21^{ème} éd. Disponible sur le site web de la CAAMI : <https://www.caami-hziv.fgov.be/fr/system/files/documents/Kennismakingsbrochure%20light%202017-F.pdf>, consulté le 02 août 2017.

MINTZBERG H. (2009). *Managers Not MBAs : A hard look at the soft practice of managing and management development*. [Version électronique]. San Francisco : Berrett-Koehler Publishers Inc. 464p. Disponible sur le site web des Éditions Berrett-Koehler : <https://www.bkconnection.com/static/Managers-Not-MBAs-EXCERPT.pdf>, consulté le 15 juillet 2017.

MONTOYA-AGUILAR C., ROEMER M.I. (1989). *L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaires* [Version électronique]. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 75p. Disponible sur le site web de l'Organisation mondiale de la Santé : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39880/1/WHO_OFFSET_105_fre.pdf, consulté le 16 juillet 2017.

NORTHOUSE P. (2013). *Leadership – Theory and Practice*, 6^{ème} éd. [Version électronique]. Los Angeles : SAGE Publications Inc. 485p. Disponible à l'adresse : shareill.org/freebooks/download/asin=1483317536&type=full, consulté le 19 septembre 2017.

ONSS. (2017). À propos de l'ONSS. *Office national de sécurité sociale*. Disponible à l'adresse : <https://www.onssrszls.fgov.be/fr/propos-de-lonss/activite>, consulté le 02 août 2017.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (2013). Équité dans l'accès aux soins. *Panorama des administrations publiques 2011*. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/4211012ec061.pdf?expires=1520183885&id=id&accname=guest&checksum=2235A91A1EEDA43D20E016005FD77B65>, consulté le 04 mars 2018.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (2017). *Health expenditure and financing*. Disponible à l'adresse : http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, consulté le 21 septembre 2017.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. (2017). Unmet needs for health care due to cost. *Health at a Glance 2017 : OECD Indicators*. Disponible à l'adresse : <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8117301ec025.pdf?expires=1520185552&id=id&accname=guest&checksum=B63CA77083C68AEE284F6525EC60AA78>, consulté le 04 mars 2018.

ORGANISATION INTERNATIONALE DE NORMALISATION. (2005). Systèmes de management de la qualité – Lignes directrices pour les plans qualité. *ISO 10005:2005(fr)*. Disponible à l'adresse : <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:10005:ed-2:v1:fr>, consulté le 04 mars 2018.

OXALIS-LA RUCHE Scop S.A. (2017). Manager son équipe en tenant compte de la différence entre fonctions et rôles. *Gaele – La clé du succès des équipes*. Disponible à l'adresse : <http://www.efficacite-collective.fr/manager-equipe-difference-fonctions-roles.php>, consulté le 06 novembre 2017.

PAILLE P., MUCCHIELLI A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [Version électronique]. 4^{ème} édition. Paris : Armand Colin, 432p. Disponible à l'adresse : <https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=9hN6DAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=analyse+descriptive+qualitative&ots=NszVqPEV1j&sig=j3D-6QOERbcq6-40TVSUaorsbes#v=snippet&q=analyse%20descriptive&f=false>, consulté le 28 avril 2018.

RAPIN J., D'AMOUR D., DUBOIS C-A. (2015). Indicators for Evaluating the Performance and Quality of Care of Ambulatory Care Nurses [Version électronique]. *Nursing Research and Practice*, 2015, 8p. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561334/>, consulté le 09 avril 2018.

RICHARD L., FURLER J., DENSLEY K., HAGGERTY J., RUSSEL G., LEVESQUE J-F., *et al.* (2016). Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations : the IMPACT international online survey of innovations [Version électronique]. *International Journal For Equity In Health*, 15(1), 64p. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828803/>, consulté le 09 avril 2018.

SIKKA R., MORATH J., LEAPE L. (2015). The Quadruple Aim : care, health, cost and meaning in work [Version électronique]. *BMJ Quality & Safety*, 24(10), 608-610. Disponible à l'adresse : <http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/24/10/608.full.pdf>, consulté le 05 octobre 2017.

SECURITE SOCIALE. Le financement de la sécurité sociale. *Sécurité sociale*. Disponible à l'adresse : <https://www.socialsecurity.be/citizen/fr/propos-de-la-securite-sociale/le-financement-de-la-securite-sociale/financement-alternatif>, consulté le 02 août 2017.

SERMEUX W., PIRSON M., PAQUAY L., PACOLET J., FALEZ F., STORDEUR S., *et al.* (2010). Le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique. KCE reports 122B. *Centre fédéral d'expertise des soins de santé*. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20101027306.pdf, consulté le 02 août 2017.

SERVICE D’EVALUATION ET DE CONTRÔLE MEDICAUX. (2016). Infobox INAMI : La réglementation décryptée pour l’infirmier en soins à domicile, 4^{ème} éd. [Version électronique]. *Institut national d’assurance maladie invalidité*. Disponible à l’adresse : <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infobox-infirmier-domicile.pdf>, consulté le 02 août 2017.

SFANTOU D., LALLOTIS A., PATELAROU A., SIFAKI-PISTOLLA D., MATAILLIOTAKIS M., PATELAROU E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings : A Systematic Review [Version électronique]. *Healthcare*, 5(4), 73-90. Disponible à l’adresse : <http://www.mdpi.com/2227-9032/5/4/73/htm>, consulté le 09 avril 2018.

SHAFIR A., GARRIGUES S., SCHENKER Y., LEFF B., NEIL J., RITCHIE C. (2016). Homebound patient and caregiver perceptions of quality of care in home-based primary care : a qualitative study [Version électronique]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(8), 1622-1627. Disponible à l’adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4988902/>, consulté le 01 mai 2018.

STALPERS D., KIEFT R., VAN DER LUNDEN D., KALJOUW M., SCHUURMANS M. (2016). Concordance between nurse-reported quality of care and quality of care as publicly reported by nurse-sensitive indicators [Version électronique]. *BioMed Central Health Services Research*, 16(1), 120p. Disponible à l’adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4823846/>, consulté le 01 mai 2018.

TEHERANI A., MARTIMIANAKIS T., STENFORS-HAYES T., WADHWA A. et VARPIO L. (2015). Choosing a Qualitative Research Approach [Version électronique]. *Journal of Graduate Medical Education*, 7(4), 669-670. Disponible à l’adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4675428/>, consulté le 16 octobre 2017.

UNION DES CLASSES MOYENNES. (2017). Indemnité kilométrique pour déplacements professionnels 2017. *UCM – Entreprendre et réussir ensemble*. Disponible à l’adresse : [https://www.ucm.be/Actualites/Indemnite-kilometrique-pour-deplacements-professionnels-2017/\(reverse\)/1](https://www.ucm.be/Actualites/Indemnite-kilometrique-pour-deplacements-professionnels-2017/(reverse)/1), consulté le 25 septembre 2017.

VAN DER HEYDEN J. (2008). Satisfaction du patient – Enquête de santé par interview Belgique 2008. *Institut scientifique de santé publique*. Disponible à l'adresse : https://www.wiv-isp.be/epidemie/epifr/crospfr/hisfr/his08fr/r3/11_satisfactiondupatient_ps_report3_fr.pdf, consulté le 06 novembre 2017.

VERLIEFDE P. (2017). Gestion de l'assurance soins de santé appliquée dans le secteur infirmier. *Institut National d'assurance maladie invalidité*. Disponible à l'adresse : <http://www.coopami.org/fr/coopami/realisation/2017/pdf/2017030805.pdf>, consulté le 06 novembre 2017.

VRIJENS F., RENARD F., CAMBERLIN C., DESOMER A., DUBOIS C., JONCKHEER P., *et al.* (2015). La performance du système de santé belge – Rapport 2015. *Centre fédéral d'expertise des soins de santé*. Disponible à l'adresse : <https://kce.fgov.be/fr/la-performance-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge-rapport-2015>, consulté le 19 septembre 2017.

WHITTIER S. (2008). Home Healthcare Nursing and Evidence-Based Practice : A call to Action [Version électronique]. *Home Healthcare Nurse : The Journal For the Home Care and Hospice Professional*, 26(5), 323-324. Disponible à l'adresse : <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=18469609>, consulté le 26 avril 2018

WILLIAMS P., RACHEL M., COOPER J., WALKER J., WINTERS K., HARRINGTON M. *et al.* (2009). Keeping it real : evidence-based practice in home healthcare [Version électronique]. *Home Healthcare Now*, 27(9), 522-531. Disponible à l'adresse : https://journals.lww.com/homehealthcareonline/Abstract/2009/10000/Keeping_It_Real_Evidence_Based_Practice_in_Home.4.aspx, consulté le 26 avril 2018.

WINPENNY E., MIANI C., PITCHFORTH E., KING S., ROLAND M. (2017). Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services : a scoping review of interventions at the primary-secondary care interface [Version électronique]. *Journal of Health Services Research & Policy*, 22(1), 53-64. Disponible à l'adresse : <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1355819616648982>, consulté le 22 avril 2018.

9. Annexes

9.1. L'échelle de Katz (INAMI, 2018)

L'échelle de Katz est un document permettant d'évaluer les capacités des patients à domicile dans 6 domaines ayant trait à la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, aller à la toilette, la continence et manger. Chaque domaine est évalué sur une échelle allant de 1 (indépendance totale par rapport à cette capacité) à 4 (dépendance totale concernant cette capacité) (INAMI, 2018). Par exemple, un score de 2 dans la rubrique « continence » signifie que la personne est accidentellement incontinente pour les urines ou pour les selles. Sur base du score de l'échelle de Katz, un certain type de forfait est attribué au patient consulté (Dhondt, 2009). Si un score 3 ou 4 est attribué aux catégories « se laver » et « s'habiller » et qu'un score 3 ou 4 est attribué à la catégorie « se déplacer » et/ou « aller à la toilette », la personne bénéficiera d'un forfait A. Cela signifie qu'une toilette peut être réalisée tous les matins, hors weekend, chez ce patient. Si un score 3 ou 4 est attribué aux catégories « se laver », « s'habiller », « se déplacer », « aller à la toilette », « continence » et/ou « manger », la personne bénéficiera d'un forfait B. Cela signifie qu'une toilette peut être réalisée 2 fois par jour, weekends compris, chez ce patient. Enfin, si un score de 4 est attribué aux catégories « se laver », « s'habiller », « se déplacer » et « aller à la toilette » et qu'un score de 3 ou 4 est attribué aux catégories « continence » et « manger », la personne bénéficiera d'un forfait C. Cela signifie qu'une toilette peut être réalisée 2 fois par jour voire plus, weekends compris, chez ce patient. Des forfaits palliatifs peuvent également être alloués et donnent lieu à différentes interventions (prise en charge 24H/24, dossier infirmier plus complet et possibilité d'intervention d'un(e) infirmier(e) spécialisé(e)). Hors échelle de Katz, des forfaits pour patients diabétiques peuvent être alloués et comprennent une éducation du patient, une formation et un suivi. Ce forfait n'est pas cumulable avec les forfaits A, B ou C.

Annexe 3

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

Soins infirmiers- Echelle d'évaluation

- justifiant la demande d'honoraires forfaitaires par journée de soins (1)

- notifiant des soins de toilette (1)

Données d'identification du bénéficiaire

Nom et prénom:

Adresse (résidence principale):

Date de naissance:

N° de sécurité sociale (NISS) :

N° d'inscription O.A (uniquement pour les patients sans NISS):

N° d'identification de l'O.A. :

Adresse du lieu de soins (à compléter obligatoirement) :

Je soussigné(e) inscrit(e)

sur la liste des praticiens de l'art infirmier de l'I.N.A.M.I. sous le n° déclare que :

- conformément à la nomenclature des soins infirmiers, la dépendance physique du bénéficiaire peut être décrite comme suit:

Echelle d'évaluation

Critère	Score	1	2	3	4
Se laver		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
S'habiller		est capable de s'habiller et se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
Transfert et déplacement		est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
Aller à la toilette		est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller ou de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer
Continence		est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
Manger		est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger et boire

- en cas de score 2 pour le critère de continence : une combinaison de l'incontinence d'urine nocturne et de l'incontinence d'urine occasionnelle durant la journée a été constatée chez le bénéficiaire : OUI ☐ NON ☐

et donne connaissance au médecin-conseil qu'il/elle commence les soins chez le bénéficiaire:

en date du

pendant une période qui se termine

Si des soins ont été prescrits, identification du médecin prescripteur:

nom: n° I.N.A.M.I.:

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus, *le forfait A / forfait B / forfait C* (2) est demandé, des soins de toilette sont notifiés (2).

Le certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé, permettant de considérer le bénéficiaire comme désorienté dans le temps et l'espace est / n'est pas (2) joint (article. 8, § 6, de la nomenclature).

identification du médecin prescripteur de ce certificat médical :

nom: n° I.N.A.M.I.:

Le praticien de l'art infirmier,

(date, nom et signature)

- (1) Biffer la mention inutile
(2) Biffer ce qui ne convient pas

9.2. Guide d'entretien

Tout d'abord, bonjour et merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Celui-ci va me servir de base d'analyse pour la réalisation de mon mémoire en Santé Publique à l'UCL sur le sujet de l'efficience en soins à domicile.

Il est important de savoir que je ne cherche absolument pas à tester vos connaissances théoriques ni à vous juger sur votre manière de travailler. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses et cet entretien restera anonyme.

Si vous le désirez, je peux vous faire un feedback des entretiens réalisés après la finalisation de mon mémoire. Ce feedback se fera par mail où je présenterai les résultats principaux. Mon mémoire au complet sera joint au mail.

Comment se passe la gestion de votre équipe ? Avez-vous des réunions régulières ? Quel type de réunion ? Qui est présent ? Un PV est-il fait ? Qui fait les PV ? À qui sont-ils distribués ? Comment êtes-vous en contact avec vos infirmier(e)s ?

Qu'est ce qui est important pour vous dans la qualité des soins ? Que mettez-vous en place pour garantir une efficacité des soins ? Et par rapport à la pertinence c'est-à-dire des soins adaptés aux besoins ? La sécurité des soins ? La continuité des soins ? Des soins centrés sur le patient ?

Comment est-ce que vous évaluez la qualité des soins réalisés par vos infirmier(e)s ?

A votre avis, qu'est ce qui peut influencer le niveau de qualité de soins ?

Quels sont les éléments qui favorisent la qualité des soins ? Qu'est-ce qui est une barrière ? Pourquoi ? Dans quelle mesure ?

Que faites-vous pour améliorer la qualité des soins ? Comment est-ce évalué ? Quels sont les résultats ? Que faites-vous de ces résultats ? (De quoi auriez-vous besoin pour améliorer la qualité des soins ?)

Comment est mesurée la satisfaction des patients ? Par des aidants informels ? Des professionnels ? Quels sont les résultats ?

Comment est mesuré le processus de soins infirmier ? La satisfaction des infirmier(e)s ? L'environnement pour la pratique ? Par des professionnels ? Quels sont les résultats ? → Comment est mesurée la manière dont le travail est réalisé par les infirmier(e)s ?

Comment sont mesurés les résultats des soins réalisés par les infirmier(e)s ? Au niveau de la sécurité du patient ? De son confort ? De sa satisfaction ? Du changement dans les connaissances, capacité et comportements ? (De quoi auriez-vous besoin pour améliorer l'expérience des patients et des infirmier(e)s ?)

Comment les incidents indésirables sont-ils rapportés et analysés ?

Sur quoi est-ce que vous vous basez pour calculer la rentabilité de votre équipe ? En d'autres termes, comment est-ce que la rentabilité de votre équipe est-elle calculée ?

Qu'est-ce qui influence la rentabilité dans votre équipe ?

Comment se passe l'organisation des tournées ? Sur quels critères vous basez-vous pour réaliser des tournées ? La distance ? Le temps requis pour les soins calculé sur base de tel ou tel critère ? Quel est en moyenne le nombre de patients par tournée ? De combien d'heures sont ces tournées ? Qu'est ce qui est facile ou difficile dans l'organisation de ces tournées ?

Comment est-ce que vous organisez les tournées dans les contraintes budgétaires actuelles ? À quoi faites-vous attention ?

Quels sont les impacts sur vous d'une mauvaise rentabilité de votre équipe ? Je parle surtout des retours de vos supérieurs.

Qu'est-ce que vous mettez en place personnellement comme stratégies afin de garantir une certaine efficacité dans votre équipe ? C'est-à-dire la réalisation d'un maximum de soins de qualité dans un laps de temps défini.

Qu'est ce qui va faciliter cette efficacité et qu'est-ce qui au contraire va la freiner ? Cela peut être quelque chose d'interne ou d'externe à l'équipe.

Avez-vous envie d'ajouter quelque chose ?

Si par la suite vous pensez à quelque chose qui vous semble important à me partager, vous pouvez toujours me contacter.

Elise Verschooren

elise.verschooren@student.uclouvain.be

NOM et PRENOM : VERSCHOOREN ELISE

Titre du mémoire : Quelles sont les stratégies et ressources employées par l'infirmier(e) en chef pour maintenir une efficience dans le cadre d'une organisation dispensant des soins infirmiers à domicile en Belgique francophone ?

Promoteur et Co promoteur : VAN DURME THERESE

RESUME

En Belgique, les soins infirmiers à domicile sont soumis, comme peut l'être toute organisation, au principe d'efficience. L'efficience correspond, dans le cadre de ce mémoire et dans le contexte des soins infirmiers à domicile belges, à la prestation de soins de qualité auprès d'un maximum de patients dans une tranche horaire prédéfinie par l'organisation de soins. Cette notion tend à un équilibre entre la qualité des soins et la rentabilité des prestations.

En ce qui concerne la rentabilité des prestations, un écart de 7 à 8% est observé depuis l'an 2000 entre l'intervention INAMI et les coûts réels des prestations en soins infirmiers à domicile (Fédération Nationale des Infirmières de Belgique, 2013). Le personnel infirmier doit en conséquence travailler au plus vite et ce malgré les soins de plus en plus complexes et pointus.

La qualité des soins a été définie en 2015 par le Centre Fédéral d'Expertise comme regroupant cinq notions indispensables : l'efficacité des soins, la pertinence des soins, la sécurité des soins, la continuité des soins et l'approche centrée sur le patient. Celles-ci doivent pouvoir être assurées par les prestataires de soins infirmiers à domicile tout en assurant la rentabilité des prestations.

Le rôle de l'infirmier(e) en chef d'une organisation de soins infirmiers à domicile est donc dans ce contexte de mobiliser des ressources et de développer des stratégies pour atteindre l'efficience de son organisation.

Ce mémoire cherche donc à répondre à la question suivante : « **Quelles sont les stratégies et ressources employées par l'infirmier(e) en chef pour maintenir une efficience dans le cadre d'une organisation dispensant des soins infirmiers à domicile en Belgique francophone ?** »

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons utilisé une méthode qualitative par entretiens, à l'aide d'un guide d'entretien créé par nos soins, auprès des infirmier(e)s en chef des organisations de soins infirmiers à domicile sélectionnées. Au total, 10 entretiens ont eu lieu auprès de 12 infirmier(e)s en chef entre le 30 novembre 2017 et le 8 février 2018 sur le lieu de travail de ceux(celles)-ci.

Les résultats ont démontré que l'efficience des organisations est atteinte par le biais de diverses stratégies telles que l'établissement de collaborations avec d'autres organisations, l'instauration de formations de sensibilisation aux tarifs INAMI auprès des membres de l'équipe, l'instauration d'une ambiance de travail agréable et positive, la stimulation de la notoriété de l'organisation, la diminution du turnover et l'établissement d'autres dispositions internes spécifiques.

Ces solutions ne sont pas universelles et ne peuvent être appliquées à chaque organisation. En effet, cela dépend du type de management, de la rentabilité demandée ainsi que de la vision de la qualité de soins. Elles peuvent toutefois servir d'inspiration et être adaptées à chaque organisation.

Mots-clés : soins infirmiers à domicile, efficience, qualité des soins, rentabilité, cadre infirmier, stratégie

