« Soins thérapeutiques et mobilisateurs – STMC »

Définition et recommandations concernant les soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC)

Février 2019

Dir. par : Mme Stéphanie COLOMBEY, co-présidente de projet (HRC)
M. Pascal DUCLOUX, co-président de projet (HUG).
Auteur : Mme Laura RODRIGUEZ, coordinatrice de projet (HUG).

Adresse : Association Plateforme-Reha.ch
c/o Site Plein-Soleil
Chemin de la Cigale 3
1010 Lausanne
info@plateforme-reha.ch

Version du 1er février 2019

Ce support du projet « Soins thérapeutiques et mobilisateurs -STMC » est une publication protégée par le droit d'auteur.
Il ne peut pas être utilisé dans un but commercial, sauf accord particulier par l'association PLATEFORME-REHA.CH.

PLATEFORME-REHA.CH

Sommaire

1. Introduction 3

2. Axes de travail 4

2.1 Contexte politique et bases légales 4

2.2 Caractéristiques des STMC 7

2.2.1 Discipline infirmière et méta-paradigme 7

2.2.2 Modèles théoriques spécifiques à la réadaptation 7

2.2.3 Objectif de réadaptation 7

2.3 Formations spécifiques au domaine de la réadaptation 8

2.4 Aspects opérationnels 8

3. Recensement des pratiques 9

4. Définition des soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC) 14

La posture infirmière spécifique au domaine de la réadaptation 14

Le soin poursuit un objectif défini en interdisciplinarité 15

Les compétences mobilisées sont spécifiques au domaine du soin 16

Aspects opérationnels et processus 16

Interventions STMC et diagnostics infirmiers 17

5. Conclusion 25

6. Annexes 26

Questionnaire 26

7. Bibliographie 30

PLATEFORME-REHA.CH

1. Introduction

Par la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) de 2007 concernant le financement hospitalier, l'art. 49 exige que le financement de la réadaptation stationnaire s'organise autour d'une structure tarifaire nationale, uniforme et qui soit liée aux prestations. A cette fin, les partenaires tarifaires (SwissDRG SA) et les cantons ont été appelés à travailler sur l'élaboration de cette structure, nommée ST Reha.

Après des premiers travaux prévoyant le lancement de ST Reha au 1er janvier 2020, SwissDRG a abandonné cette première version en raison de diverses critiques des cantons et assurances-maladies qui reprochaient au modèle de ne pas être lié aux prestations de manière directe.
Afin de renforcer le lien entre la tarification et les prestations offertes, SwissDRG a communiqué le report de l'entrée en vigueur de ST Reha pour 2022 et dirige désormais la structure tarifaire vers un modèle basé sur les forfaits par cas avec l'élaboration de codes de la classification des interventions chirurgicales (CHOP). Dans ces codes, les prestations minimales sont définies par filières de réadaptation, conformément aux définitions du document DefReha© 2.0 (H+ Les Hôpitaux de Suisse, 2018). Leurs nature et intensité sont également définies et comptabilisées en minutes de prestations par semaine.

A ce jour, les prestations infirmières sont exclues de ces prestations minimales par manque de consensus concernant la définition des soins infirmiers de réadaptation ou soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC). Or, certaines prestations prodiguées par les infirmières[1] participent aux objectifs de la réadaptation tels qu'ils sont cités dans DefReha© 2.0 et conformément à la CIF - Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001).
La présence 24/24h et 7/7j des infirmières fait de ce corps de métier l'unique partenaire de soins qui participe à la réadaptation du patient de manière ininterrompue, un changement de paradigme est donc nécessaire. Afin que les soins infirmiers soient reconnus et comptabilisés comme des prestations thérapeutiques participant à la réadaptation du patient, le présent document propose :

- Une définition opérationnelle des soins infirmiers de réadaptation basée sur l'état fonctionnel du patient, son évaluation et les objectifs interdisciplinaires qui en découlent (CIF)
- Un cadre opérationnel qui permet la mesure des soins infirmiers de réadaptation compatible avec les différents outils de mesure obligatoires dans le monde de la réadaptation (MIF, EBI, etc.)

Une revue de la littérature ainsi que la consultation d'ouvrages de référence de la discipline infirmière ont permis de développer les aspects liés à la posture soignante spécifique aux soins de réadaptation. Les aspects concernant la démarche dans laquelle s'inscrivent les STMC se basent et répondent au processus décrit dans DefReha© 2.0, lui-même basé sur la CIF.
La nomenclature de diagnostics infirmiers NANDA ainsi que les interventions de soins NIC/NOC y relatives participent à la compréhension universelle des STMC, quel que soit l'outil utilisé pour la mesure de la charge en soins. Les recommandations proposées à continuation reprennent la liste des interventions STMC issue du travail de définition amorcé par l'Association Suisse pour les sciences infirmières (APSI) et l'Association Suisse des Infirmières (ASI) en 2017, et intègrent les différents outils exigés dans le domaine de la réadaptation (MIF, EBI. etc.)
Finalement, la définition proposée tient compte des dispositions légales relatives à l'exercice de la profession et aux compétences infirmières qui seront prochainement en vigueur en Suisse via le projet de loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan).
Pour mener à bien ce projet, une *task force* a été constituée de cinq membres, deux co-présidents et une coordinatrice ; représentant 5 établissements et 4 cantons différents. Aussi, tous les membres de la PLATEFORME-REHA.CH ont été consultés au travers d'une enquête sur leur situation, expérience

[1] A lire également au masculin dans tout le document

et besoins concernant les STMC. Les travaux, définitions et recommandations exposés à continuation sont le fruit de cette réflexion interprofessionnelle, interdisciplinaire et intercantonale.

2. Axes de travail

Afin de proposer une définition réaliste, adaptée au domaine de la réadaptation (CIF), au contexte légal de la profession et basée sur des fondements scientifiques issus de la discipline infirmière spécifique à la réadaptation, les axes de travail suivants ont été définis :

1. Contexte politique et bases légales
2. Caractéristiques des STMC
3. Formations spécifiques au domaine de la réadaptation
4. Aspects opérationnels

La définition présente des caractéristiques qui la différencient avec clarté des compétences génériques et spécifiques de la filière soins infirmiers.

Ces axes ont été abordés de manière chronologique. Au fur et à mesure de l'avancée des travaux et des séances avec les membres de la *task force* ; les réflexions et échanges entre les membres ont convergé de manière cohérente et unifiée vers une définition des STMC circonscrite dans le contexte décrit ci-dessus.
Afin que cette définition puisse être opérationnelle, il était également essentiel de tenir compte de l'expérience, des pratiques et des besoins des différents terrains. A cette fin, un recensement des pratiques au travers d'un questionnaire anonyme a été effectué auprès des membres de la PLATEFORME-REHA.CH, ainsi que deux institutions suisse-allemandes.

Les aspects cliniques ont été au centre de la réflexion et la définition poursuit des objectifs dont le premier bénéficiaire est le patient. L'application de nos recommandations peut donc induire des modifications dans la démarche et le processus au sein de certains établissements, notamment en termes de documentation. A préciser ici qu'elle se base sur le processus CIF qui est lui-même préconisé par les documents de références actuels comme DefReha© 2.0.
Bien qu'elle présente des besoins d'adaptation, la définition proposée a été pensée dans le respect de la singularité de chaque établissement, quelles que soient la taille de la structure et la typologie des patients qu'elle admet (par ex. réadaptation « autre »).

2.1 Contexte politique et bases légales

Les travaux préliminaires ont été amorcés par une revue étendue de la littérature concernant le contexte politique et les bases légales. Cette première approche a permis d'orienter la réflexion vers des possibilités de définition qui soient en accord avec le contexte politique et le cadre juridique qui encadre l'exercice de la profession.

Au niveau politique, il semblait primordial de prendre connaissance des priorités nationales en termes de santé publique afin de situer la réadaptation et les STMC dans le contexte politico-sanitaire actuel. Il apparaît que les STMC participent à 3 des 4 domaines d'action définis dans la stratégie de politique fédérale en matière de santé publique « Santé 2020 » (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013) :

- Garantir la qualité de vie
- Renforcer l'égalité des chances et la responsabilité individuelle
- Garantir et renforcer la qualité des soins.

Ces points font écho à l'article 117a, al.1 de la Constitution fédérale, modifiée sur l'initiative populaire demandant le renforcement de la médecine de base : « *Dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité. Ils reconnaissent la médecine de famille comme une composante essentielle des soins médicaux de base et l'encouragent.* »
La réadaptation étant considérée par les autorités fédérales comme faisant partie des soins médicaux de base : *« Les soins médicaux de base se réfère aux besoins courants de la population en matière de traitement, de soins et d'accompagnement. Il s'agit de prestations préventives et curatives, mais aussi de réadaptation et de soins palliatifs »* (OFSP, 2014). Les STMC tels que définis dans le présent document s'inscrivent dans la politique fédérale de santé publique et répondent à un besoin exprimé par le peuple et inscrit dans la Constitution fédérale.

Au niveau juridique, il n'existe à l'heure actuelle aucun règlement fédéral concernant les professions de la santé ; chaque canton règle l'exercice de la profession d'infirmière. Toutefois, l'article 117a, al. 2, let. a de la Constitution fédérale exige que la Confédération légifère « *sur la formation de base et la formation spécialisée dans le domaine des professions des soins médicaux de base et sur les conditions d'exercice de ces professions* ».
Cette nouvelle disposition juridique donne naissance au projet de loi sur les professions de la santé (LPSan) qui est actuellement en voie d'ordonnancement. Les compétences spécifiques finales pour les filières d'études HES du domaine de la santé ont déjà été définies par la Conférence des Recteurs des hautes Ecoles Spécialisées Suisses (KFH) (Ledergerber, Mondoux & Sottas, 2009) (Fig 2). A noter ici que la LPSan ne légifèrera pas sur la formation spécialisée.
La formation HES repose sur des compétences génériques et spécifiques à la profession. Elle se décline en différents rôles :

- rôle d'expert en soins infirmiers
- rôle de communicateur
- rôle de collaborateur
- rôle de manager
- rôle de promoteur de la santé
- rôle d'apprenant et de formateur
- rôle de professionnel

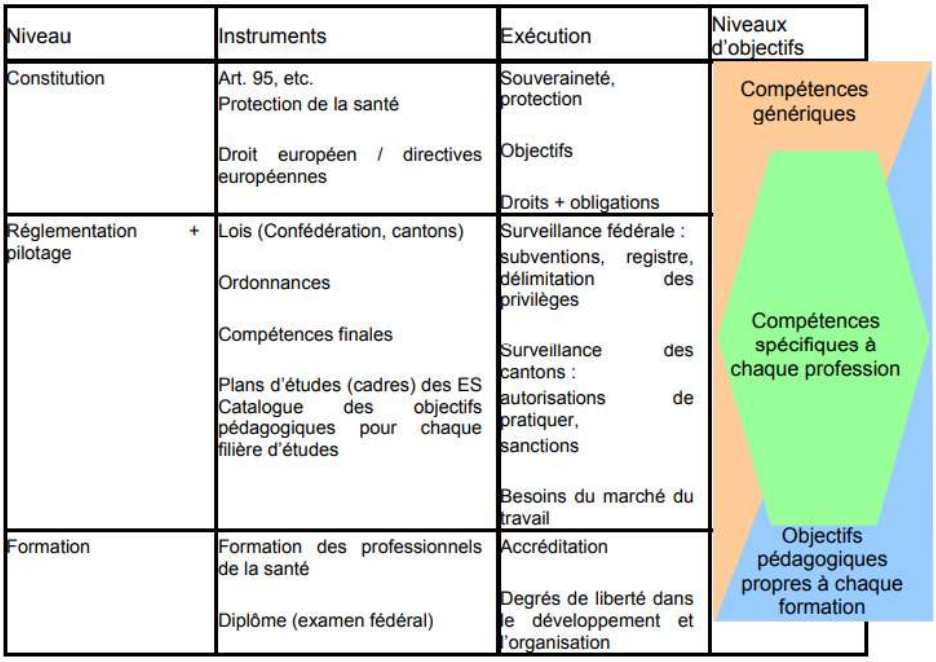


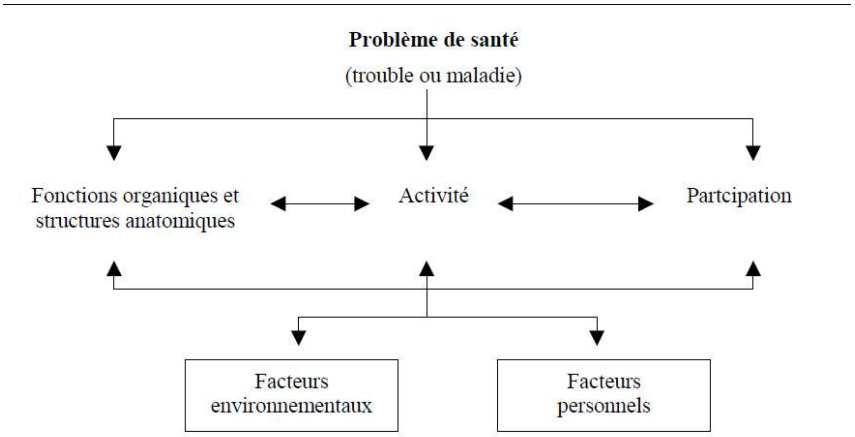
Fig 2: Instances de pilotage et hiérarchie des objectifs. Réalisation: Beat Sottas (2008)

Pour les infirmières ES, le plan d'études cadres est déjà réglementé au niveau fédéral par le Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI). *« La compétence désigne la capacité à mettre en oeuvre des connaissances, des aptitudes et du know-how dans des situations de travail habituelles ou nouvelles. Elle se compose du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Elle est définie par l'orientation en fonction de l'objectif, l'autonomie, la prise d'initiative, la responsabilité, le contexte relationnel, les moyens utilisés et le profil d'exigence de l'infirmière diplômée ES / infirmier diplômé ES. La compétence comprend les éléments suivants :*

- *compétence cognitive : application de théories/concepts, ainsi que de connaissances implicites (tacit knowledge) qui sont acquises par l'expérience*
- *compétence fonctionnelle : aptitudes et know-how qui sont nécessaires pour exercer une activité concrète*
- *compétence personnelle : comportement dans des situations de travail*
- *compétence éthique : valeurs personnelles et socio-professionnelles »*

OdASanté : Plan d'études cadre Infirmière diplômée ES / infirmier diplômé ES (20.10.2016)

Bien qu'il existe actuellement un débat sur une éventuelle différence de compétences entre les infirmières HES et ES, nous retiendrons ici que le document DefReha© 2.0 inclut les deux niveaux de professions quant aux compétences génériques et spécifiques de la filière soins infirmiers.
En d'autres termes, une infirmière débutant dans un service de réadaptation, doit apprendre à identifier les ressources du patient et à les mobiliser dans un objectif de réadaptation compatible avec la CIF, selon le modèle de la santé fonctionnelle ci-après.



Concernant le rôle infirmier, il n'existe pas, à ce jour, de définition claire de la responsabilité propre quant aux prestations fournies.
Aux termes de l'article 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 (OPAS), tous les actes infirmiers sont pratiqués *« sur prescription médicale ou sur mandat médical »*. L'autonomie infirmière ne possède donc aucune inscription juridique à ce jour.
Une première initiative parlementaire visant la reconnaissance légale de la responsabilité de l'infirmière avait été déposée en 2011 par Rudolf Joder (Le Parlement suisse, s. d.). Après qu'elle ait été refusée, une seconde initiative populaire nommée « pour des soins infirmiers forts » (SBK-ASI, 2016) et prônant également l'autonomie du rôle est parvenue à réunir les signatures nécessaires pour son aboutissement. Finalement refusée par le Conseil Fédéral et sans proposition de contre-projet, elle a été renvoyée au parlement. Au vu de la situation actuelle concernant l'autonomie du rôle infirmier et conformément à l'article 7 de l'OPAS, le programme de STMC défini pour un patient devra être en accord avec le projet médical de réadaptation.

Rappelons que les soins infirmiers « généralistes » sont rémunérés de manière forfaitaire. Or, les compétences professionnelles mobilisées par les STMC vont au-delà de celles mobilisées dans les

compétences génériques. Face au défaut de législation sur les compétences des infirmières spécialisées, la définition des actes de STMC et des compétences nécessaires pour les prodiguer se révèle indispensable.

2.2 Caractéristiques des STMC

2.2.1 Discipline infirmière et méta-paradigme

Afin de déterminer les caractéristiques que doivent présenter les STMC ainsi que les compétences dont doivent disposer les infirmières pour les prodiguer, une revue de la littérature scientifique et des ouvrages de références sur les fondements de la discipline et de la science infirmière a été nécessaire. En effet, s'agissant de la profession infirmière et d'actes à définir, un cadre théorique scientifique basé sur les fondements et concepts de la discipline infirmière était indispensable à la proposition d'une définition respectueuse des sciences infirmières. Ainsi, les STMC ont été abordés selon le méta-paradigme infirmier afin de tenir compte des notions de santé, personne, soin et environnement dans la définition.

2.2.2 Modèles théoriques spécifiques à la réadaptation

L'étude des articles de recherche concernant les soins infirmiers de réadaptation ont permis de mettre en évidence le cadre théorique dans lequel s'inscrit la posture de l'infirmière en réadaptation.
Selon la littérature scientifique (Boykin & Schoenhofer, 2001 ; Pepin et al., 2017 ; St-Germain, Blais & Cara, 2008), le *caring*, développé par Watson en 1979, définit une posture soignante favorable à la pratique des soins de réadaptation.
Cette école de pensée issue du paradigme de la transformation se différencie des autres paradigmes. L'infirmière est dans une relation soignante qui vise à « être avec » le patient pendant le soin, ce qui diffère des paradigmes de la catégorisation ou de l'intégration qui visent respectivement à « faire pour » ou « agir avec ».
La CIF est le second support théorique sur lequel se base la définition. Outil développé par l'OMS et diffusé dans le monde entier, il sert également de base théorique à DefReha© 2.0. Face à cet outil validé au niveau international ainsi qu'au niveau national par tous les partenaires, il était logique que le processus de « *rehabilitation management* » (Rauch, Cieza & Stucki, 2008), basé sur l'application clinique de la CIF, soit la base fondamentale de la démarche dans laquelle s'inscrivent les STMC.

2.2.3 Objectif de réadaptation

Les membres de la *task force* ont exprimé à l'unanimité que la différence principale entre les STMC et les compétences génériques réside dans le but thérapeutique poursuivi par le STMC. Le STMC vise le développement de la participation du patient aux activités de la vie quotidienne par l'acquisition ou récupération d'indépendance fonctionnelle. A préciser que cette vision est totalement compatible avec la vision de la réadaptation internationale et nationale par son respect des missions de la réadaptation, des mesures obligatoires dans le domaine de la réadaptation, décrits dans la CIF et cités dans DefReha© 2.0.

La définition d'un objectif apparaît donc comme centrale et constitue le point de départ du processus de réadaptation. Une démarche de soins infirmiers comprenant une première phase d'évaluation du patient spécifique à la réadaptation permet d'identifier les ressources et les besoins. Après cette première étape, l'objectif est défini avec le patient en respect du projet médical et thérapeutique de réadaptation défini en interdisciplinarité. Ces étapes permettent ensuite de définir l'intervention de STMC adéquate. Les phases d'intervention et réévaluation permettent à l'infirmière de poursuivre la démarche lorsqu'elle a des bénéfices thérapeutiques ou de la modifier si nécessaire.
Cette démarche de soins est spécifique à la réadaptation et s'inscrit dans le cadre théorique explicité plus haut. Rappelons la notion de posture infirmière de *caring* nécessaire à la participation active du patient dans le soin qui doit être considéré comme un partenaire acteur du STMC.

Le modèle de financement vers lequel se dirige la réadaptation renforce les liens entre les prestations et la finance. Pour être fidèle à cette volonté, le STMC doit être défini en premier lieu sur un processus visant un objectif de soins CIF compatible ; le niveau de formation de l'infirmière n'étant pas un argument suffisant pour le caractériser et lui conférer son caractère thérapeutique.

2.3 Formations spécifiques au domaine de la réadaptation

Conformément à la volonté de la Confédération, les partenaires tarifaires proposent un modèle de soins basé sur des codes CHOP renforçant le lien avec les actes. Les prestataires ne sont pas définis selon leur fonction mais selon leur compétence. Une infirmière peut donc être considérée comme prestataire thérapeutique pour autant qu'elle puisse justifier de l'acquisition des compétences nécessaires à prodiguer le STMC. Comme cité plus haut, les STMC se différenciant des compétences génériques par leur démarche thérapeutique, ils mobilisent des compétences qui vont au-delà de celles mobilisées par la formation généraliste ce qui pose la question de la formation. L'acquisition de compétences et d'une posture soignante spécifique est donc nécessaire, d'autant plus qu'il existe des zones de soins partagées avec d'autres disciplines dans lesquelles les compétences autorisent la dispensation de la prestation.

Compte tenu du focus de la CHOP sur la nature de la prestation et non du prestataire, la *task force* recommande que les professionnels de terrain soient formés dans des domaines spécifiques de STMC, intégrant la CIF et les différents outils de mesure. En effet, la formation par filière de soins apparaît comme la plus cohérente vis-à-vis du projet tarifaire et la plus opérationnelle actuellement pour toutes les structures quelles que soient leur taille et la typologie de patients admis. Par exemple, il existe actuellement des possibilités de formation auprès d'instituts académiques pour la rééducation des troubles de la déglutition, l'éducation thérapeutique, le conseil en addiction, les entretiens en psycho-oncologie, la santé des populations vieillissantes ou encore la prévention et la réadaptation cardiovasculaire.
Cette vision représente une plus-value clinique pour le patient qui bénéficiera de soins hautement spécialisés et spécifiques à son projet médical et thérapeutique de réadaptation. Ainsi, l'acquisition de compétences par filière de soins de réadaptation pourrait avoir un réel impact positif sur la qualité des soins.

Les recommandations que nous proposons demandent que la transmission de la posture et des compétences s'organise autour d'une formation interne ou externe à l'établissement, dispensée par des professionnels au bénéfice de titres dans le domaine des soins de réadaptation. L'encadrement clinique, lui, devant être effectué par une infirmière au bénéfice d'une formation spécialisée.
Afin d'étendre et de diversifier l'offre, la PLATEFORME-REHA.CH est activement engagée dans les questions liées au développement de la formation spécifique au domaine de la réadaptation ainsi qu'à sa reconnaissance au niveau fédéral.

2.4 Aspects opérationnels

L'exploration des nomenclatures de relevé de l'activité existantes a démontré des caractéristiques très différentes, ce qui a rendu difficile la proposition d'une stratégie de relevé opérationnel applicable à tous. La première constatation vise les différents libellés des interventions qui, selon l'outil, ne proposent que très peu d'interventions explicitant clairement la notion de participation du patient ou d'accompagnement dans l'apprentissage lui permettant d'acquérir de l'indépendance.
Avant même de définir une stratégie de relevé, une liste des interventions STMC générique et compatible avec tous les outils ainsi que des recommandations concernant les libellés de ces dernières s'est donc révélée comme indispensable.
Le choix de la *task force* s'est orienté dans la proposition d'une liste des diagnostics infirmiers et leurs interventions STMC liées avec pour nomenclature NANDA (NANDA, 2016) et NIC/NOC (Bulechek,

Butcher & McCloskey Dochtermann, 2010 ; Pascal & Frécon Valentin, 2016). Le choix d'une nomenclature générique et validée par la profession au niveau international permettra à chacun des concepteurs d'adapter les interventions proposées et devenir STMC-compatible. Ils pourront ensuite proposer un outil de relevé de l'activité complet et répondant aux recommandations.

Le catalogue d'interventions présenté dans la définition des STMC s'appuie sur la liste proposée par l'APSI et l'ASI (APSI & ASI, 2017). En termes de nomenclature, il est important que les libellés d'interventions expriment la notion de participation active du patient. Dans le cadre de la définition des STMC, un catalogue non exhaustif des prestations STMC est proposé.

La définition proposée démontre de manière opérationnelle et clinique les liens des STMC avec les objectifs et missions spécifiques à la réhabilitation. La mention des différents outils cliniques et leur correspondance, validée par la littérature scientifique (ANQ, 2018 ; Kohler et al., 2013) permet de proposer une méthode d'évaluation et de mesure des STMC quelque soient les pratiques d'évaluation clinique ou de relevé de l'activité de l'établissement.

Le respect du processus défini dans ce document et la documentation de la démarche de STMC pour chaque étape du processus sont donc recommandés et permettront de justifier les prestations thérapeutiques fournies. Afin de justifier la démarche interdisciplinaire et la cohérence avec le projet médical et thérapeutique de réadaptation, l'évaluation des résultats devra figurer sur le document de synthèse interdisciplinaire.

3. Recensement des pratiques

Afin de recenser les pratiques, les membres de la PLATEFORME-REHA.CH, ainsi que deux établissements suisses allemands ont été consultés.
Un questionnaire adressé aux infirmières cadres supérieurs via le logiciel de sondage en ligne « Sphinx » a permis de prendre connaissance des situations, expériences et besoins du terrain. L'enquête comportait de questions fermées à choix simple et multiples ainsi que des questions ouvertes avec possibilité de réponse en texte libre. La récolte des données s'est faite sous anonymat afin de permettre à chacun des participants de s'exprimer librement. Le détail des questions posées se trouve en annexe de ce document, au chapitre 6.
Pour les 17 établissements contactés, 21 réponses ont été obtenues. La synthèse à continuation rapporte les idées qui sont ressorties de manière significative dans les réponses des participants, ceci dans le but d'avoir une idée claire de la vision la plus communément partagée par les membres.

A propos des structures et contextes des participants

- 71,4% des personnes qui ont répondu travaillent dans un établissement public, 19% dans un établissement privé et 9,5% dans une institution avec un statut de fondation ou autre type de structure. Les participants se distribuent dans des structures de tailles diverses allant de 10 à plus de 150 lits, la moitié d'entre eux possède entre 50 et 100 lits de réadaptation.

- La réadaptation gériatrique (57,1%), musculo-squelettique (57,1%) et neurologique (42,9%) apparaissent comme les filières les plus pratiquées parmi les personnes questionnées, viennent ensuite les filières de médecine interne/oncologie (33,3%), cardiaque (19%) et pulmonaire (9,5%). A noter qu'aucune personne n'a mentionné la filière pédiatrique.

A propos des soins, du processus et de la documentation

- Les outils de comptabilisation des soins diffèrent selon les établissements (LEP, PRN, Opale Web, Phönix, ...). Aussi, certaines structures mentionnent un système propre lié à un relevé des actes, ou déclarent ne pas avoir d'outil de comptabilisation des soins.

- A la question « Votre institution a-t-elle implanté les recommandations de PLATEFORME-REHA.CH en lien avec le projet « Itinéraire Patient » ? 47,6% des participants ont répondu « oui », 28,6% « partiellement », 9,5% n'étaient pas en mesure de répondre à cette question et 14,3% ont répondu par la négative.

- Dans le cadre de la poursuite d'un objectif de réadaptation défini, il apparaît que dans 61,9% des structures, les soins infirmiers ne sont pas documentés de manière explicite en tant qu'interventions liées.
  Les établissements qui procèdent à la documentation mettent en valeur les soins infirmiers en lien avec les activités de la vie quotidienne, certains participants font également le lien avec la MIF. Ainsi, l'alimentation avec la rééducation à la déglutition, la continence et l'utilisation des WC, la toilette et l'habillage, la mobilisation et les transferts, ou encore la gestion des médicaments et des dangers sont un extrait des nombreux soins infirmiers qui ont été cités comme pouvant être lié à un objectif de réadaptation. Les notions d'enseignement et de rééducation y sont étroitement évoquées et reliées.
  La référence aux diagnostics infirmiers selon la taxonomie NANDA est également faite. Les échelles cliniques et l'évaluation des autres professionnels ressortent comme des outils essentiels à la mesure des objectifs.
  Au niveau de leur documentation, les pratiques sont également hétérogènes : documents de synthèse, document spécifique au colloque interdisciplinaire, document basé sur les domaines de la CIF, transmissions ciblées dans le dossier du patient ou encore sous les objectifs définis en regard de l'évaluation MIF, notes de suite. Nombreuses sont les pratiques.

- Les établissements représentés s'accordent de façon quasi unanime sur le fait que les soins infirmiers participent à la réadaptation du patient.
  La plupart citent l'enseignement thérapeutique prodigué par l'infirmière et les interventions visant la participation et l'apprentissage du patient pour ses auto-soins. La récupération de la capacité fonctionnelle en tant que but final est nommée comme élément essentiel du soin de réadaptation.
  Il ressort de manière importante que la présence infirmière 7j/7, 24h/24 favorise la continuité de la prise en charge thérapeutique et permet l'atteinte plus rapide des objectifs définis pour la discipline et/ou en interdisciplinarité. Par une approche ajustée aux capacités et aux ressources du patient, l'infirmière favorise l'acquisition d'indépendance fonctionnelle dans les gestes de la vie quotidienne, en adéquation avec la réalité et l'environnement du patient.
  Les interventions des soins sont décrites comme complémentaires aux autres prestations thérapeutiques. La favorisation de l'indépendance et le respect de l'autonomie et dignité de la personne sont également cités comme facteurs favorisant sa réadaptation et comme fondements du lien entre l'infirmière et le patient.

- Les réponses recensées relèvent que les thérapies sont planifiées et offertes de manière ponctuelle et limitée dans le temps, alors que les soins thérapeutiques sont prodigués continuellement et permettent de poursuivre le processus de réadaptation. Ainsi, l'évaluation et les ajustements des interventions de soins thérapeutiques sont basés sur la performance observée sur 24h, à la différence des autres prestataires qui basent leurs interventions sur les capacités observées lors de traitements thérapeutiques ponctuels à un instant T.
  Cette vision partagée par une grande partie des structures est résumée par cet extrait issu de la réponse de l'un(e) des participants : « Le soignant a une approche plus holistique de la situation de

rééducation par rapport aux situations de vie, environnement, entourage, rythme de vie du patient, connaissance plus « fine » sur le psycho-socio-affectif ».
Selon les membres interrogés, les infirmières intègrent les recommandations de chacune des disciplines de l'équipe interdisciplinaire au moment de prodiguer des soins thérapeutiques. Elles exercent le patient à la participation et à l'activité par l'enseignement thérapeutique et le renforcement des AVQ plutôt qu'à la récupération d'une fonction structurelle où l'acquisition de compétences dans une tâche spécifique.
Plusieurs membres soulignent que certains objectifs et domaines de soins relèvent spécifiquement de la compétence infirmière comme la continence ou l'évaluation de la charge en soins pour le proche aidant. Pour les domaines spécifiques à d'autres disciplines, l'écart entre les soins infirmiers et les prestations thérapeutiques peut également être réduit par une spécialisation dans le domaine (par ex. Bobath, rééducation à la déglutition, …). Dans ce sens, un participant signale qu'une infirmière spécialisée en réadaptation peut mettre ses compétences au profit du patient comme de la formation et/ou de l'encadrement clinique des équipes.
Finalement, le rôle de coordination de l'infirmière et de relai de l'information au sein de l'équipe interdisciplinaire, permet d'étendre la vision partielle que les autres prestataires peuvent avoir du patient et la rendre globale.

- A la question « Estimez-vous que les soins infirmiers de réadaptation en tant que soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC) influencent la qualité des soins ? », tous les participants ont répondu favorablement et mentionnent les points suivants comme participant de manière positive à la qualité des soins :
  - Les objectifs d'amélioration des AVQ (manger à table, aller aux WC, sortir du lit, se mobiliser entre les thérapies) participent à l'acquisition d'indépendance fonctionnelle et réduisent la durée du séjour.
  - Les STMC confèrent aux infirmières le rôle de porte-parole et de garant de la cohérence du projet thérapeutique interdisciplinaire auprès du patient. Le rassemblement de l'équipe interdisciplinaire autour d'un langage commun et de la cohérence des pratiques, objectifs et la prise en soins dans sa globalité rassurent le patient et lui permettent de se concentrer sur la réadaptation.
  - La poursuite du processus de réadaptation sur 24h par les soins infirmiers participe à l'acquisition d'indépendance fonctionnelle de manière importante et en situation réelle.
  - Les soignants amènent le patient à mobiliser les ressources déjà présentes ou acquises au cours du séjour afin d'atteindre les objectifs posés, ce qui constitue un accompagnement individualisé de qualité car adapté à son évolution ou état clinique.
  - Les STMC considèrent le patient comme un partenaire des soins. Il est rendu actif de façon continue ce qui lui permet de gagner en indépendance pour les AVQ, gain qui ne pourrait être obtenu si le patient était au seul bénéfice de thérapies ponctuelles et limitées dans le temps.
  - L'approche biopsychosociale et spirituelle du patient a une place déterminante dans la réalisation des STMC et participe à la qualité des soins.

A propos des compétences

- 71,4% des structures possèdent une formation interne concernant la réadaptation et dédiées aux soins infirmiers. 66,7% des professionnels offrant ces formations sont au bénéfice de qualifications-accréditation-spécialisation (Infirmières cliniciennes spécialisées, CAS/DAS, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, diététiciennes, neuropsychologues, médecins, psychiatres, infirmiers responsables d'équipe, formateurs externes, …).
  Les formations proposées concernent des techniques spécifiques à un domaine de soins ou sont spécifiques à une filière de réadaptation. Les notions d'autonomie, de fragilité et de dépendance sont également citées dans l'offre en formation ainsi que l'étude du processus de réadaptation,

des outils cliniques d'évaluation du patient (MIF, CIF) et de méthodes de formulation d'objectifs. Des établissements citent allouer du temps à l'échange interdisciplinaire autour de vignettes cliniques et cas complexes dans le but de renforcer les compétences.

- Plus de la moitié des structures forment leurs collaborateurs à l'externe. Les formations les plus citées sont les CAS/DAS en éducation thérapeutique et le DAS en santé des populations vieillissantes. Le CAS prévention et réadaptation cardiovasculaire, Bobath et le Certificat d'expert en réadaptation-réhabilitation sont respectivement cités 3 fois.
  Sont également mentionnés la formation MIF à Espace Compétences, le CAS géronto-psychiatrie, le CAS oncologie, le DAS évaluation clinique, le DAS soins palliatifs et la formation Fragilité et dépendance. Les Hautes Ecoles Spécialisées, Espace Compétences, Universités, CHUV et le centre de réadaptation vaudois sont les institutions formatrices citées dans les questionnaires.

- 81% des institutions questionnées mentionnent avoir une infirmière ressource, référente ou spécialisée dans les soins de réadaptation susceptible d'assister dans l'encadrement clinique. Les profils d'infirmières décrits sont variés et peuvent présenter les titres suivants, de manière simple ou combinée :
  - CAS/DAS/DU/Master
  - Certificat d'expert en réadaptation-réhabilitation
  - Infirmière clinicienne généraliste et/ou autre spécialité
  - Formation aux outils d'évaluation (MIF, CIF)

- Les participants sont majoritaires (57,1%) au moment d'indiquer que l'offre de formations en réadaptation en Suisse ne répond pas aux besoins. Voici leurs attentes :
  - Développement de formations courtes adaptées au quotidien des soins, différentes des formats de formation longs comme les CAS, demandant un investissement important en termes de coûts et de temps
  - Développement de journées de formation thématiques francophones et germanophones
  - Mise en place de CAS et DAS en soins de réadaptation avec possibilité de spécialisation par filière
  - Développement d'une formation mettant en avant les aspects cliniques et interventions soignantes spécifiques à la rééducation neurologique
  - Mettre en place une offre de formation à divers niveaux en suisse romande avec des passerelles
  - Réouverture du CAS en neuroréhabilitation
  - Développer la formation d'infirmières cliniciennes en réadaptation

A propos des aspects clinico-économiques

- La majorité des participants se projettent en dessous des minutes requises par les codes CHOP entrant en vigueur au 1er janvier 2019. Certaines structures n'ont pas été en mesure de répondre à cette question en raison d'un défaut de connaissance des codes CHOP ou d'un défaut de comptabilisation/exploitation des données concernant les minutes de prestations accomplies.
  Un participant à l'enquête précise pouvoir répondre aux exigences pour les filières neurologiques et musculo-squelettique complexe (polytraumatismes, amputations) mais ne pas répondre aux seuils fixés pour les filières musculo-squelettique simple, médecine interne et gériatrique.

- Les participants se projetant en dessous des prestations minimales requises jugent le seuil des minutes exigées par la réadaptation gériatrique trop élevé et ajoutent que leurs ressources ne permettent pas d'y répondre.

Plusieurs participants questionnent la pertinence de l'intensité des minutes prescrites vis-à-vis d'une population présentant des besoins spécifiques en termes de fatigabilité, de concentration et de pathologies associées. Le seuil est décrit comme atteignable à condition que les STMC soient reconnus dans le décompte des prestations minimales. Dans le cas contraire, le seuil de certaines filières devrait être revu à la baisse.

- Tous les participants de l'enquête s'accordent sur le fait que les institutions devraient pouvoir inclure les soins infirmiers en réadaptation dans les minutes-soins et compter comme des STMC. Ils reprennent plusieurs notions déjà développées jusqu'ici en ajoutant les points suivants :
  - Les STMC sont des interventions thérapeutiques qui relèvent du rôle propre de l'infirmier en réadaptation et qui doivent être reconnues au même titre que les autres.
  - La reconnaissance et le développement des STMC permettront d'améliorer la prise en soins en réadaptation favorisant ainsi le retour à domicile, la réduction des durées de séjour et des coûts de prise en charge.
  - La valorisation et reconnaissance des compétences infirmières et leur impact positif dans la réadaptation du patient permettront de revoir les dotations et faire face à l'augmentation de la complexité des prises en charge.
  - Le développement des STMC permettra de mettre en évidence le besoin de professionnels en soins infirmiers avec des compétences spécifiques à la réadaptation-réhabilitation.
  - La crédibilisation et formalisation des soins infirmiers dans le processus de réadaptation rendront visible l'activité soignante tout en renforçant la collaboration interdisciplinaire et la participation des patients.
  - La démarche de reconnaissance des STMC amènera une meilleure reconnaissance de la qualité des prestations aux patients et justification des coûts de la prise en charge de la réadaptation.

4. Définition des soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC)

Les soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC), ou soins infirmiers en réadaptation, recouvrent l'ensemble des actions qui permettent au patient de mobiliser ses ressources, en vue d'acquérir ou de maintenir le plus haut niveau d'indépendance fonctionnelle et favoriser ainsi sa participation dans les activités de la vie quotidienne.
Les STMC se différencient des soins généralistes par un processus ou démarche de soins infirmiers thérapeutiques complexe, en trois points fondamentaux :

1. La posture adoptée par l'infirmière est spécifique au domaine de la réadaptation.
2. Le soin poursuit un objectif défini en interdisciplinarité et avec le patient ou son représentant thérapeutique. L'objectif et ses interventions sont évalués, mesurés et ajustés continuellement.
3. Les compétences mobilisées sont spécifiques au domaine de réadaptation.

<u>La posture infirmière spécifique au domaine de la réadaptation</u>

La posture infirmière spécifique au domaine de la réadaptation implique que la personne soignée soit considérée comme ayant un potentiel et un pouvoir d'agir (Boykin & Schoenhofer, 2001).
Les ressources et l'expérience de santé du patient dans son environnement doivent être investiguées et connues de l'infirmière initiant une démarche de STMC. Aussi, un recueil des données et une analyse des éléments facilitateurs ou limitants de la participation et la réalisation des activités, doit être effectué (Pepin, Ducharme & Kérouac, 2017). L'infirmière proposera les interventions de STMC personnalisées et adaptées à la situation de santé du patient, respectueuses de ses croyances, valeurs et habitudes de vie, et permettant ainsi de poursuivre les objectifs qui auront été fixés de manière interdisciplinaire, avec le patient.

Cette approche passe en premier lieu par l'établissement d'une relation significative avec le patient qui va permettre de construire la dyade soignant-soigné nécessaire au STMC. Lors du soin, l'infirmière observe et invite le patient à participer activement à l'activité. Le STMC se caractérise ici par l'accompagnement du patient dans une posture humaniste, transformationnelle et de caring qui vise à « être avec » (Pepin et al., 2017 ; St-Germain, Blais & Cara, 2008).
L'infirmière connaît l'environnement du patient, définit des interventions tenant compte des obstacles et/ou facilitateurs que le patient est/sera amené à rencontrer dans son quotidien et fait appel aux compétences de l'équipe interdisciplinaire. Les proches sont également considérés dans le processus de soins comme faisant partie de l'environnement du patient et comme partenaires de soins.

Les soins sont donc pourvus d'une intentionnalité (Watson, 1979/2008 ; Willis, Grace & Roy, 2008) et conscience qui visent à accompagner le patient dans les activités de la vie quotidienne en créant les conditions propices à l'exploitation optimale de son potentiel et la mobilisation de ses ressources (Pepin et al., 2017). L'infirmière accompagne le patient dans le respect de son rythme (Pepin et al., 2017), en lui offrant l'espace temporel lui permettant de prendre part au soin et de progresser. Elle s'assure également que le patient se trouve dans les meilleures dispositions physiques, psychologiques et psychosociales pour participer à la démarche des STMC. **L'encadrement, la guidance, le conseil, l'enseignement thérapeutique, la mise en place et la formation à la gestion de dispositifs auxiliaires** sont autant de prestations qui entrent également dans la composition des STMC. L'infirmière est un partenaire d'enseignement ; l'essentiel de ces soins n'étant pas de diriger, mais plutôt de soutenir la personne dans son processus de transformation (Pepin et al., 2017) et d'acquisition d'indépendance fonctionnelle et d'autonomie.

Le soin poursuit un objectif défini en interdisciplinarité

Les STMC s'inscrivent dans le projet thérapeutique et ont pour but de limiter les incapacités de la personne soignée et de prévenir les récidives (Remsburg & Carson, 2006). Dans la démarche de soins infirmiers de réadaptation, le patient doit être aussi engagé que le soignant et progresser au travers des interventions de STMC conçues sur la base de ce qu'il aura communiqué au sujet de son expérience et situation de santé (Watson, 1997). L'accompagnement de la personne de manière transformatrice mise sur son potentiel, en renforçant son pouvoir d'agir et en co-créant avec elle un environnement favorable à sa santé (Girard & Cara, 2011). L'approche étant systémique, elle engage également les proches (Duhamel, 2015 ; Lefebvre & Levert, 2009).

Dans ce cadre et comme cité précédemment, avant même qu'un programme de STMC soit envisagé, des objectifs de réadaptation doivent être définis. Ils doivent avoir pour but l'acquisition d'indépendance fonctionnelle dans les diverses activités de la vie quotidienne et prendre appui sur les besoins, souhaits et ressources du patient ainsi que des obstacles et facilitateurs présents dans son environnement. Le patient étant considéré comme partenaire actif dans ces soins, il doit pouvoir prendre part à l'établissement de son projet thérapeutique et participer à la définition de chaque objectif. Cette démarche permettra une forte adhésion du patient à son programme de STMC.

Les STMC s'inscrivent dans un processus de réadaptation[2] qui se caractérise par une évaluation spécifique et complexe du fonctionnement du patient avec identification du potentiel de réadaptation et des moyens à mettre en œuvre. Les évaluations régulières permettent de réajuster et de poursuivre le cycle. Aussi, l'infirmière réévalue les objectifs et les reconsidère ainsi que les STMC mis en œuvre en faisant preuve d'analyse critique et de jugement clinique (Pepin, 2017), conférant au STMC une dimension de soin hautement individualisé, basé sur la pratique réflexive interdisciplinaire et conçu selon les caractéristiques décrites précédemment.

Tiré de : Salazar, M. cité par Moncharmont, J. 2017

Finalement, les STMC doivent avoir pour issue une amélioration du bien-être et de la qualité de vie en amenant la personne à une meilleure connaissance de soi et à la manière de procéder à ses soins personnels, pour ainsi parvenir au niveau d'indépendance maximal dans un environnement donné. Ainsi, le sentiment d'être de la personne augmente par le rétablissement du lien avec elle-même (Boykin & Schoenhofer, 2001 ; St-Germain & Allaire, 2013).

[2] Conformément au processus décrit dans les recommandations édictées dans le rapport du projet « Itinéraires Patients » de la plateforme-reha.ch (2018)

Les compétences mobilisées sont spécifiques au domaine du soin

La mise en œuvre d'un tel programme comprend des « notions de posture et de compétence qui vont de pair et ne doivent pas être dissociées » (Finfgeld-Connett, 2007). Il convient que ces notions soient acquises au travers de formations ou par le biais d'une infirmière spécialisée offrant un encadrement et un soutien clinique. On ne peut donc faire l'économie d'un accompagnement clinique spécialisé des prestataires infirmiers et d'une révision des processus dans les filières de réadaptation.

Caractéristique minimale :
Les institutions doivent pouvoir justifier de la transmission de la posture soignante attendue en réadaptation et des compétences nécessaires pour la pratique des STMC.

Recommandation :
Afin de répondre à la caractéristique minimale, une formation doit être dispensée par des professionnels de la santé au bénéfice de titres dans le domaine des soins de réadaptation.
Elle doit faire référence à la CIF et aux outils exigés dans le domaine de la réadaptation.
Cette offre peut être interne ou externe à l'institution.

La PLATEFORME-REHA.CH est actuellement engagée dans le développement et la proposition de formations transmettant ces compétences.

Aspects opérationnels et processus

1. Les objectifs sont fixés avec le patient, en interdisciplinarité.

2. Les STMC sont cités dans le projet thérapeutique interdisciplinaire du patient en tant qu'interventions sous les objectifs de réadaptation qu'ils poursuivent.

3. Au cours des trois premiers jours, l'infirmière :
    a. Évalue les besoins et ressources du patient à l'aide d'outil spécifiques et standardisés.
    b. Définit des objectifs de réadaptation, avec le patient, dans son domaine de compétences et les valide en interdisciplinarité.
    c. Planifie les STMC permettant de poursuivre les objectifs.

4. Pendant la durée du séjour, l'infirmière
    a. Réalise les interventions de STMC planifiées.
    b. Documente son intervention de STMC dans le dossier de soins.
    c. Réévalue les interventions de STMC au minimum tous les 7 jours et, fonction des résultats obtenus, les réajuste jusqu'à l'atteinte de l'objectif.

5. L'évaluation et la mesure des résultats doivent figurer sur le document de synthèse interdisciplinaire.

Les libellés des interventions de STMC doivent répondre aux critères suivants :
- L'intervention implique que le patient soit participatif ou qu'il bénéficie de conseils-enseignement-encadrement.
- Le soin vise l'accompagnement du patient vers l'indépendance.

Interventions STMC et diagnostics infirmiers

A continuation, une liste non exhaustive d'interventions STMC et des différentes échelles cliniques permettant de les mesurer/évaluer complète cette définition. A noter que cette liste reprend

- les interventions STMC proposées par l'Association Suisse pour les sciences infirmières (VfP-APSI) et l'Association Suisse des Infirmières (ASI).
- les liens avec les échelles MIF et EBI, ainsi que les domaines de la CIF

Le tableau ci-dessous présente les diagnostics infirmiers (NANDA, 2016) et les interventions de soins liées (Bulechek, Butcher & McCloskey Dochtermann, 2010 ; Pascal & Frécon Valentin, 2016).

Les diagnostics infirmiers et les interventions présentés dans le tableau peuvent être rencontrés dans tous les contextes cliniques. Ils acquièrent une dimension thérapeutique dans un contexte de réadaptation et se différencient des soins généralistes par la posture soignante, la compétence infirmière en réadaptation et l'objectif défini dans le programme de réadaptation.
Par exemple, le diagnostic « Risque de chute » va exiger des interventions de soins spécifiques dans ce contexte de réadaptation, notamment par un enseignement et des interventions, mobilisant les ressources du patient et lui permettant d'apprendre à utiliser tout dispositif d'assistance (cannes, orthèse, autre).

Les colonnes MIF, EBI et CIF indiquent les items pouvant être concernés par les STMC pour chacun des diagnostics infirmiers ; soit comme caractéristique, soit comme facteur favorisant ou facteur de risque.

Cette classification participe à la mise en place du cadre opérationnel permettant d'amorcer les questions liées à la comptabilisation et mesure des interventions.
MIF, EBI et CIF sont donc des outils cliniques permettant d'évaluer les effets du programme de réadaptation sur le patient. Ils sont donc à considérer comme des indicateurs.

STMC		MIF®	EBI	CIF
Diagnostics infirmiers	**Interventions / Actes**			
Soins personnels • Déficit des soins personnels dans la prise en charge des activités de la vie quotidienne (AVQ) : manger et boire, toilette corporelles, s'habiller, aller aux toilettes	Facilitation des soins personnels • Aide aux soins personnels (par exemple : soins de la peau, hygiène, gestion des plaies, entraînement en vue d'acquérir des habitudes d'élimination urinaire) • Aide aux soins personnels : AVQ	1 2 3 4 5 6 7 8 10 11 14 17 18	1 2 4 3 3 8 10 9 8 4 11 14 15	d550 + d560 d520 d510 d540 d540 d530 b620 b525 d410 d410 d310 d175 b144
Prise en charge de la santé • Prise en charge inefficace de la santé • Motivation à améliorer la prise en charge de la santé • Syndrome de fragilité chez la personne âgée	Comportement / Prise en charge de la santé • Gestion de la prise en charge du programme thérapeutique • Promotion et modification du comportement de la santé • Promotion de la prévention • Consultation psychosociale et échange d'informations relatives aux soins de santé • Enseignement : processus de la maladie • Augmentation du sentiment d'efficacité personnelle • Gestion des médicaments (information, éduction, surveillance)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	1 2 4 3 3 8 10 9 5 8 4 6 7 11 12 13 14 15	d550 + d560 d520 d510 d540 d540 d530 b620 b525 d410 d410 d410 d4500 + d465 d4551 d310 d330 d710 d175 b144

STMC		MIF®	EBI	CIF
Diagnostics infirmiers	**Interventions / Actes**			
Activité / exercice • Intolérance à l'activité • Mobilité physique réduite / difficultés à la marche • Risque de syndrome d'immobilité • Fatigue • Activité de loisirs déficients	Activité / exercice • Gestion de l'activité et de l'exercice • Incitation à faire de l'exercice, aide aux soins personnels : marche, transfert • Thérapie par l'exercice : marche, souplesse articulaire, équilibre • Enseignement des règles de la mécanique corporelle • Gestion de l'immobilité • Limitation de la dépense énergétique • Thérapie récréationnelle	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 17 18	1 2 4 3 3 8 10 9 5 8 4 6 7 11 14 15	d550 + d560 d520 d510 d540 d540 d530 b620 b525 d410 d410 d410 d4500 + d465 d4551 d310 d175 b144
Sécurité/protection • Risque de chute • Risque d'infection • Risque de blessure • Risque d'intoxication	Gestion du risque • Prévention des chutes • Infection : protection contre / contrôle • Aménagement du milieu ambiant : préparation du retour à domicile • Amélioration du sentiment de sécurité • Planification de la sortie • Case management	4 5 6 9 10 11 12 13 14 17 18	3 3 8 5 8 4 6 7 11 14 15	d540 d540 d530 d410 d410 d410 d4500 + d465 d4551 d310 d175 b144

STMC		MIF®	EBI	CIF
Diagnostics infirmiers	**Interventions / Actes**			
Fonction respiratoire • Mode de respiration inefficace • Dégagement inefficace des voies respiratoires • Intolérance au sevrage de la ventilation assistée • Dégagement inefficace des voies respiratoires • Risque de fausse route (d'aspiration) • Risque de suffocation	Fonction respiratoire • Amélioration de la ventilation • Soins des voies respiratoires, conduite à tenir en cas de ventilation mécanique non invasive : prévention des pneumopathies • Sevrage de la ventilation mécanique • Prévention de fausses routes • Surveillance de l'état respiratoire • Aide au sevrage tabagique	1 14 15 17	1 11 12 14	d550 + d560 d310 d330 d175
Intégrité des tissus • Risque d'escarre • Risque d'altération d'irrigation	Intégrité des tissus • Prévention des escarres de décubitus, soins des escarres de décubitus, soins d'une plaie • Prévention des troubles circulatoires locaux, perfusion tissulaire	1 2 3 6 7 8 9 10 11 12 13 17	1 2 4 8 10 9 5 8 4 6 7 14	d550 + d560 d520 d510 d530 b620 b525 d410 d410 d410 d4500 + d465 d4551 d175
Bien être • Douleur	Bien-être • Conduite à tenir devant la douleur • Toucher thérapeutique • Aménagement du milieu ambiant : bien-être	15 17	12 14	d330 d175

STMC		MIF®	EBI	CIF
Diagnostics infirmiers	**Interventions / Actes**			
Sommeil/repos • Insomnie	Sommeil/repos • Amélioration du sommeil, diminution de l'anxiété, amélioration de la capacité d'adaptation (coping)	14 15 16 17 18	11 12 13 14 15	d310 d330 d710 d175 b144
Nutrition • Alimentation déficiente / Surpoids • Trouble de la déglutition	Nutrition • Assistance nutritionnelle • Aide aux soins personnels, alimentation • Consultation de diététique infirmière • Rééducation de la déglutition	1 17 18	1 14 15	d550 + d560 d175 b144
Hydratation • Déficit de volume liquidien / excès de volume liquidien • Risque de déséquilibre électrolytique	Hydratation/ Electrolyte • Traitement d'un déséquilibre hydrique • Equilibre électrolytique, surveillance de l'équilibre électrolytique	1	1	d550 + d560

STMC		MIF®	EBI	CIF
Diagnostics infirmiers	**Interventions / Actes**			
Elimination / échange • Fonction urinaire (incontinence urinaire : par besoin impérieux, fonctionnelle, réflexe, à l'effort, regorgement, rétention) • Constipation / risque de constipation • Diarrhée • Incontinence fécale	Elimination • Régulation de l'élimination urinaire, incitation à l'élimination urinaire • Education : apprentissage de la propreté • Entraînement en vue d'acquérir des habitudes d'élimination urinaire • Traitement de l'incontinence • Conduite à tenir en présence de Constipation ou d'un fécalome • Rééducation intestinale, contrôle du fonctionnement intestinal • Traitement de la diarrhée, régulation de l'incontinence fécale	1 6 7 8 10 14 15 17 18	1 8 10 9 8 11 12 14 15	d550 + d560 d530 b620 b525 d410 d310 d330 d175 b144
Adaptation/tolérance au stress • Stratégies d'adaptation : défensives/ inefficaces/ familiales compromises • Motivation à améliorer ses stratégies d'adaptation/ motivation d'une famille à améliorer ses stratégies d'adaptation • Risque de violence envers soi / envers les autres	Adaptation/tolérance au stress • Amélioration de la capacité d'adaptation (coping) • Développement de la résilience • Mise à contribution de la famille, soutien à un aidant naturel • Aide à la maîtrise de la colère, entraînement au contrôle des impulsions, aménagement du milieu ambiant : sécurité	14 15 16 17 18	11 12 13 14 15	d310 d330 d710 d175 b144

STMC		MIF®	EBI	CIF
Diagnostics infirmiers	**Interventions / Actes**			
Emotions • Anxiété • Perte d'espoir / deuil problématique • Sentiment d'impuissance	Emotions • Diminution de l'anxiété • Insufflation d'espoir/ gestion de l'humeur/ Motivation à accroître son espoir/ aide au travail de deuil • Soutien psychologique • Augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, aide à la prise de décisions, mise à contribution de la famille	14 15 16 17 18	11 12 13 14 15	d310 d330 d710 d175 b144
Neurocognitif • Trouble de la mémoire • Trouble d'orientation • Syndrome d'inadaptation à un changement de milieu • Confusion aiguë, risque de confusion aiguë • Confusion chronique • Tension dans l'exercice du rôle de l'aidant naturel • Négligence de l'hémicorps • Errance	Neurocognitif • Entraînement de la mémoire, stimulation de la volonté d'apprendre • Stimulation de l'orientation • Orientation dans la réalité, restructuration cognitive • Réduction du stress lié au déménagement • Conduite à tenir en cas de délire • Conduite à tenir face à une démence • Thérapie de validation • Identification des risques, aide à la maîtrise de la colère, technique d'apaisement • Soutien à un aidant naturel • Aide à la préservation de la famille (discussion familiale, informations, instruction de l'aidant naturel), élargissement du réseau de soutien • Conduite à tenir en cas de négligence de l'hémicorps • Aménagement du milieu ambiant : sécurité • Conduite à tenir face à une démence : errance	1 2 3 4 5 6 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	1 2 4 3 3 8 5 8 4 6 7 11 12 13 14 15	d550 + d560 d520 d510 d540 d540 d530 d410 d410 d410 d4500 + d465 d4551 d310 d330 d710 d175 b144

STMC		MIF®	EBI	CIF
Diagnostics infirmiers	**Interventions / Actes**			
Communication • Communication verbale altérée • Motivation à améliorer sa communication	Communication • Amélioration de la communication, écoute active, diminution de l'anxiété • Aide à la prise de décision, entraînement de la mémoire, thérapie de la validation • Amélioration de la communication et de la socialisation	14 15 16 17 18	11 12 13 14 15	d310 d330 d710 d175 b144
Perception • Problème de perception	Comportemental • Enseignement : processus de la maladie • Enseignement : Déficit dans la prise en charge • Enseignement : risque de diagnostic (risque de chutes, risque d'infection, soins cardiaques : prévention) • Augmentation du degré d'instruction en matière de santé • Aide à la responsabilisation • Augmentation du sentiment d'efficacité personnelle	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	1 2 4 3 3 8 10 9 5 8 4 6 7 11 12 13 14 15	d550 + d560 d520 d510 d540 d540 d530 b620 b525 d410 d410 d410 d4500 + d465 d4551 d310 d330 d710 d175 b144
Cognition • Connaissances insuffisantes • Motivation à améliorer ses connaissances				

PLATEFORME – REHA.CH

5. Conclusion

La définition des STMC et recommandations proposées ici se basent sur les documents de référence validés par les instances nationales compétentes et tiennent compte des dispositions légales relatives à l'exercice de la profession.
Elles disposent d'un cadre théorique scientifique basé sur les fondements et concepts de la discipline infirmière, indispensable à la proposition d'une définition fidèle aux sciences infirmières.

Il était essentiel que la définition puisse répondre aux différents contextes, situations et pratiques décrites par les infirmières cadres supérieures des institutions contactées. Dans ce sens, les notions d'objectif, de posture et de compétence ont permis de proposer une définition précise, différenciant le STMC des compétences génériques de façon claire. Toutefois, ce travail de réflexion a permis de mettre en évidence les nouveaux besoins d'offre en formation, nécessaires au développement des compétences infirmières spécialisées dans le domaine de la réadaptation.

Concernant les aspects opérationnels, la notion de volume de prestations a été abordée mais n'a pas pu être développée dans le cadre de ce projet. Elaborer une nomenclature s'inspirant des normes CIF, LEP et PRN permettrait de s'accorder sur les notions d'intensité de prestations et sur l'expression des minutes directes et indirectes. Il est donc nécessaire de poursuivre la réflexion au-delà de ce projet. Les aspects opérationnels décrits dans ce document constituent un cadre d'amorce permettant la poursuite de la réflexion et le développement de stratégies de relevé des prestations de soins infirmiers en réadaptation. La réflexion portera également sur l'articulation de ses soins avec les autres thérapies s'inscrivant dans le cadre normatif exigé (PRN, LEP, etc.) compatibles avec la CIF et les indicateurs cliniques en lien avec la future structure tarifaire/ANQ.

6. Annexes

Questionnaire

A propos de votre structure et du contexte dans lequel vous exercez

Le lieu dans lequel vous travaillez s'organise comme :

- Une structure de réadaptation insérée dans une structure plus grande avec des services en amont et en aval (ex : hôpital, clinique avec plusieurs services, …)
- Une structure de réadaptation indépendante avec des services en amont et en aval externes à la structure (ex : clinique de réhabilitation, …)

Votre structure est un établissement :

- Public
- Privé
- Autre ; précisez : _____

Taille de votre structure

- Nombre de lits de réadaptation :
  _____

Veuillez sélectionner les filières de réadaptation existantes dans votre structure (plusieurs choix possibles)

- Neurologique
- Psychosomatique
- Pulmonaire
- Cardiaque
- Musculo-squelettique
- Médecine interne ou oncologique
- Pédiatrique
- Gériatrique

A propos des soins, du processus et de la documentation

Actuellement, quel est le volume total de minutes-soins infirmiers dont les patients bénéficient par jour ?

- Neurologique : _____
- Psychosomatique : _____
- Pulmonaire : _____
- Cardiaque : _____
- Musculo-squelettique : _____
- Médecine interne/oncologique : _____
- Pédiatrique : _____
- Gériatrique : _____
- Je ne dispose pas de cette information

Quel outil de comptabilisation des soins est en vigueur dans votre institution ?

- LEP
- PRN
- Opale Web
- Autre ; précisez : _____

Votre institution a-t-elle implanté les recommandations de la PLATEFORME-REHA.CH en lien avec le projet « Itinéraire Patient » ? (processus de prise en charge interdisciplinaire du patient en réadaptation décrit et documenté)

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Je ne sais pas
- ○ Partiellement ; précisez : _____

Comment sont définis les objectifs de réadaptation pour chaque patient au sein de votre structure ? (plusieurs choix)

- ○ Chaque corps de métier définit les objectifs de réadaptation pour chaque patient pour son métier
- ○ Les objectifs de réadaptation pour chaque patient sont définis de manière interdisciplinaire
- ○ Autre ; précisez : _____

Comment sont-ils mesurés ?

- ○ Echelles cliniques
- ○ Autre ; précisez : _____

Dans le cadre de la poursuite d'un objectif de réadaptation défini, les soins infirmiers sont-ils documentés en tant qu'interventions poursuivant ces objectifs ?

- ○ Non, pas de manière explicite
- ○ Oui
  - ⇒ Si oui, quels soins infirmiers ? _____

Considérez-vous que les soins infirmiers participent à la réadaptation du patient

○ Non ○ Plutôt non ○ Plutôt oui ○ Oui

Si oui, en quoi ? Lesquels ? _____

Comment sont-ils documentés ? (plusieurs choix possibles)

- ○ Document de synthèse
- ○ Document spécifique au colloque interdisciplinaire
- ○ Autre ; précisez : _____

Quelle différence faites-vous entre les soins infirmiers de réadaptation et les prestations de physiothérapie, ergothérapie, diététiciennes, etc… (marche, toilette, habillage, transferts…) (texte libre)_____

Estimez-vous que les soins infirmiers de réadaptation en tant que soins thérapeutiques et mobilisateurs (STMC) influencent la qualité de soins ?

○ Non ○ Plutôt non ○ Plutôt oui ○ Oui

Si oui et si non, pourquoi ? _____

PLATEFORME – REHA.CH

A propos des compétences

Disposez-vous de formations internes concernant la réadaptation et dédiées aux soins infirmiers ?

- Non
- Oui
  - ⇒ Si oui, quelles formations ? _____
  - ⇒ Dispensées par quels professionnels ? _____
  - ⇒ Les formateurs ont-ils une qualification/accréditation (spécialité) ?
    - Non
    - Oui
      - ⇒ Si oui, laquelle ?_____

Formez-vous vos collaborateurs à l'externe ?

- Non
- Oui
  - ⇒ Si oui, pour quelles formations ? (choix multiples)
    - Certificat d'expert en réadaptation-réhabilitation, Espace Compétences
    - CAS interprofessionnel en addictions
    - CAS neuro-réhabilitation
    - CAS psycho-oncologie
    - CAS prévention et réadaptation cardiovasculaire
    - CAS/DAS Education thérapeutique du patient
    - DAS en santé des populations vieillissantes
    - Rééducation des troubles de la déglutition chez l'adulte
    - DF : conseiller/ère dans le domaine psychosocial
    - Bobath
    - Autre ; précisez : _____
  - ⇒ Auprès de quelles institutions de formation ?_____

Avez-vous une infirmière ressource, référent ou spécialisée dans les soins de réadaptation, susceptible de vous assister dans l'encadrement clinique ?

- Non
- Oui
  - ⇒ Si oui lesquelles, avec quel niveau de formation ? (texte libre)

    _____

Estimez-vous que l'offre en formation en réadaptation en Suisse réponde à vos besoins ?

- Oui
- Non
  - ⇒ Si non, quelles sont vos attentes en matière d'offres de formation en réadaptation en Suisse ?_____

A propos des aspects clinico-économiques

Avez-vous connaissance des codes CHOP entrant en vigueur au 1er janvier 2019 pour la réadaptation ?

- Non
- Oui
  - ⇒ Si oui, comment se projette votre service quant aux minutes-soins requises dans les prestations minimales sans les soins infirmiers de réadaptation ?
    - En dessous des minutes exigées
      - ⇒ Si en dessous des minutes exigées, précisez pourquoi ?_____
    - En dessus des minutes exigées
    - Autre ; précisez : _____

A votre avis, les institutions devraient-elles pouvoir inclure les soins infirmiers en réadaptation dans les minutes-soins et compter comme des soins thérapeutiques ou mobilisateurs complémentaires ?

- Non
  - ⇒ Si non, pourquoi ? _____
- Oui
  - ⇒ Si oui, pourquoi ? _____

PLATEFORME – REHA.CH

7. Bibliographie

Art. 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 (OPAS ; 832.112.31) Accès https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html

Art. 49 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 décembre 2007 (LAMal ; RS 832.10). Accès https://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/2008/2049.pdf

Art. 117a de la constitution fédérale du 18 mai 2014 (Cst ; RS 101) Accès https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html

Association Suisse pour les sciences infirmières (VfP-APSI) & Association Suisse des Infirmières (SBK-ASI). (2017). *Définition des soins thérapeutiques et mobilisateurs complémentaires (STMC).* Accès https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/pflegethemen/chop-abtp/2017_12_05_CHOP_STMC_definition_et_document_de_reference_01.pdf

Association Suisse des Infirmières (SBK-ASI). (2016). *Initiative populaire. Pour des soins infirmiers forts.* Accès http://www.pour-des-soins-infirmiers-forts.ch/#initiative

Boykin, A. & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as Caring : A Model for Transforming Practice.* Sudbury, MA : Jones and Bertlett Publishers, et National League for Nursing (texte original et épilogue).

Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & McCloskey Dochtermann, J. (2010). *Classification des interventions de soins infirmiers : CISI-NIC.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Duhamel, F. (dir.) (2015). *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers* (3e éd.). Montréal, Québec : Chenelière Education.

Finfgeld-Connett, d. (2007). Meta-Synthesis of Caring in Nursing. *Journal of Clinical Nursing, 17,* 196-204.

Girard, F. & Cara, C. (2011). *Modèle humaniste des soins infirmiers – Udem.* Montréal, Québec : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

H+ Les Hôpitaux de Suisse. (2017). *DefReha© 2.0. Réadaptation stationnaire : définition et exigences minimales. DefReha© 2.0 Version de consultation 2.0*. Berne : H+ Les Hôpitaux de Suisse.

Kohler, F., Connolly, C., Sakaria, A., Stendara, K., Buhagiar, B. & Mojaddidi (2013). Can the ICF be used as a rehabilitation outcome measure ? A study looking at the inter- and intra-rater reliability of ICF categories derived from an ADL assessment tool. *Journal of Rehabilitation Medicine*, *45*(9), 881-887. DOI : 10.2340/16501977-1194

Ledergerber, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES : Rapport final.* Accès https://www.curaviva.ch/files/3BWCYB8/competences_finales.pdf

Lefebvure, H. & Levert, M. J. (2009). Pour une intervention centrée sur les besoins perçus de la personne et de ses proches. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux. Paris : Institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé (INPES),* 2-3.

Le Parlement suisse (s.d). *Initiative parlementaire. LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant.* Accès https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20110418

NANDA International. (2016). *Diagnostics infirmiers : définitions et classification 2015-2017*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Conférence des recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses (KFH). Projet Compétences finales pour les professions de la santé HES, rapport final Cécile Ledergerber, Jacques Mondoux, Beat Sottas (25 juin 2009).

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2014). *Fiche d'information. Soins médicaux de base.* Berne : OFSP.

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2013). *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral.* Berne : OFSP.

Office fédéral de la statistique (OFS). (2018). *Classification Suisse des Interventions Chirurgicales (CHOP). Index systématique – Version 2019*. Neuchâtel : OFS.

Organisation faîtière nationale du monde du travail santé (OdASanté) & Association suisse des centres de formation santé social (ASCFS). (2016). *Plan d'études cadre pour les filières de formation des écoles supérieures « soins infirmiers ».* Berne : OdASanté & ASCFS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2001). *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*. Genève : OMS.

Pascal, A. & Frécon Valentin, E. (2016). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats : classifications infirmières et plans de soins* (6e éd.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

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

Rauch, A., Cieza, A. & Sutcki, G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice*. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 44*(3), 329-42.

Remsburg, R. & Carson, B. (2006). « Rehabilitation », *in* I. Lubkin et P. Larsen (ss la dir. de), *Chronic Illness : Impact and Interventions,* Sudbury (MA), Jones & Baretlett Learning, 2006, p. 577-610.

St-Germain, D., R. Blais & Cara, C. (2008). La contribution de l'approche de Caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. *Recherche en soins infirmiers, 95*, 57-69.

St-Germain & Allaire, A.-S. (2013). L'infirmière en réadaptation physique… vous connaissez ? Le rôle et la spécificité de la mission de cette infirmière. *Perspective infirmière, 10*(3), 40-4.

Swiss National Association for Quality Development in Clinics and Hospitals (ANQ). (2018). *Development and validation of an algorithm to convert FIM® and EBI to an ADL score.* Accès https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Final-report_ADL_Algorithm.pdf

Watson, J. (1997). The Theory of Human Caring : Retrospective and Prospective. *Nurse Science Quarterly, 10*(1), 49-52.

Watson, J. (1979/2008). *Nursing : The Philosophy and Science of Caring* (éd. Rév.). Boulder, CO : University Press of Colorado.

Willis, D. G., Grace, P. J. & Roy, C. (2008). A Central Unifying focus for the Discipline : Facilitating Humanization, Meaning, Choice, Quality of Life, Healing in Living and Dying. *Advances in Nursing Science, 31*(1), E28-E40.

Task force STMC – PLATEFORME REHA.CH

Présidence

Stéphanie COLOMBEY, Infirmière-cheffe, Hôpital Riviera Chablais

Pascal DUCLOUX, Infirmier chargé d'études économiques, Hôpitaux Universitaires de Genève

Coordination

Laura RODRIGUEZ, Infirmière coordinatrice en réhabilitation, Hôpitaux Universitaires de Genève

Membres de la *task force*

Pierre COLIN, Physiothérapeute chef de service, Hôpital Neuchâtelois

Nathalie LEGOLL, Responsable du service médico-thérapeutique, Clinique La Lignière

Dr. Kristof MAJOR, Médecin responsable adjoint, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Julien MONCHARMONT, Responsable du service médico-thérapeutique, Institution de Lavigny

Manuel SALAZAR, Directeur du département hospitalier, Institution de Lavigny

Contact

PLATEFORME-REHA.CH
c/o Fondation Plein-Soleil
Chemin de la Cigale 3
1010 Lausanne
+41 78 672 24 90
info@plateforme-reha.ch