

PROJET MANAGÉRIAL

**De l'intégration des nouveaux
arrivants infirmiers au
« *Passeport de compétences en
oncologie* »**

**NICOULEAU
Laurence**

UE3 - ECUE 3.2

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce projet managérial :

Aux formateurs de l'Ecole Supérieure Montsouris et aux différents intervenants pour la richesse de leurs enseignements et pour m'avoir guidé dans ma réflexion,

A l'équipe d'encadrement de Gustave Roussy pour sa disponibilité et sa motivation,

A Isabelle et Siham pour leur participation active et leur enthousiasme,

A Pascale, Isabel et Annick pour leur aide et leur attention,

A tous les soignants qui ont participé activement au projet,

A mes collègues de promotion Master 2 pour la richesse des échanges tout au long de l'année,

A Christelle pour ses relectures,

A ma famille pour sa présence et son soutien, tout particulièrement à mon père,

A Emma et Léane pour leur compréhension et leur patience,

A mes amis pour leurs encouragements.

Je dédie ce travail à ma maman.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

INTRODUCTION

1	GUSTAVE ROUSSY, L'INSTITUTION	7
1.1	L'EVOLUTION DEPUIS 1925	7
1.2	LE GCS UNICANCER	9
1.3	LE TERRITOIRE DE SANTE ET LES PARTENARIATS.....	10
1.3.1	Un territoire sans limite	10
1.3.2	Un territoire de soins numérique : TerriS@nté	11
1.3.3	Les partenariats français et étrangers de Gustave Roussy	11
1.4	LES CHIFFRES DE GUSTAVE ROUSSY.....	13
1.5	LE PROJET D'ETABLISSEMENT 2015/2020.....	13
1.5.1	Les axes de développement	14
1.5.2	L'innovation dans le plan d'actions.....	14
1.6	L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT	15
1.7	LES RESSOURCES HUMAINES A GUSTAVE ROUSSY.....	16
1.7.1	Les chiffres de la population concernée : les infirmiers	16
1.7.2	Le Contrat de génération.....	18
1.7.3	Le livret d'accueil du personnel	19
2	LA PRISE EN CHARGE DU CANCER, SPECIALITÉ DE GUSTAVE ROUSSY	20
2.1	LE CANCER EN FRANCE	20
2.2	LE CANCER EN ILE DE FRANCE ET DANS LE VAL-DE-MARNE	21
2.3	LE PLAN CANCER 2014/2019	22
2.4	LE TRAVAIL EN CANCEROLOGIE, UN CHOIX.....	23
2.4.1	Le profil des infirmiers	23
2.4.2	Le bien-être des soignants.....	25
2.4.3	La souffrance des soignants.....	26
2.5	LA QUALITE EN CANCEROLOGIE	28
2.5.1	Les certification et accréditation	28
2.5.2	Le rôle de l'encadrement : la gestion des risques et la sécurité des soins.	30

2.6	LA COMPETENCE EN CANCEROLOGIE	34
2.6.1	La définition de la compétence.....	34
2.6.2	La formation Licence-Master-Doctorat	35
2.6.3	Les compétences en oncologie : des CLCC à l'international.....	36
2.6.4	« Le manager, développeur de compétences »	36
2.6.5	La professionnalisation et la qualité de vie au travail.....	38
2.6.6	Le développement professionnel et la formation continue.....	41
3	LE PROJET	42
3.1	LES ENJEUX ET LES OBJECTIFS	42
3.2	LE POINT DE DEPART DU PROJET	45
3.2.1	Le contexte	46
3.2.2	Mon expérience	46
3.2.3	La politique d'accueil des nouveaux embauchés	47
3.2.4	Le parcours de formation	51
3.3	LE GROUPE PROJET	52
3.3.1	La composition du groupe projet.....	52
3.3.2	La place du chef de projet	53
3.3.3	La place de l'équipe pilote.....	54
3.4	LE PASSEPORT DE COMPETENCES	55
3.4.1	La population concernée : les infirmiers	55
3.4.2	Les indicateurs de départ	55
3.4.3	Le nombre d'IDE partis avant la fin de la période d'essai.....	59
3.4.4	Le benchmarking.....	60
3.4.5	La présentation du projet dans l'établissement	62
3.4.6	La composition et le déroulement des groupes de travail	64
3.4.7	La création du « Passeport de compétences en cancérologie »	68
3.5	L'ANALYSE DU PROJET	70
3.5.1	Les impacts du changement	70
3.5.2	La démarche participative	71
3.5.3	La communication.....	73
3.5.4	Les résultats attendus	74

3.6	L'ÉVALUATION DU PROJET	75
3.6.1	Le bilan	75
3.6.2	Les points forts	76
3.6.3	Les difficultés	77
3.6.4	Les indicateurs d'évaluation	78
3.6.5	Les perspectives d'évolution du projet	79

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

- **ACIO** : Association Canadienne des Infirmières en Oncologie
- **ALD** : Affection Longue Durée
- **ADELI** : Automatisation Des Listes
- **Adsp** : Actualité et dossier en santé publique
- **ANCC** : American Nurses Credentialing Center
- **ANDPC** : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
- **ANI** : Accord National Interprofessionnel
- **AP-HP** : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
- **APP** : Analyse de Pratiques Professionnelles
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **AS** : Aide-Soignant(e)
- **CA** : Conseil d'Administration
- **CANO** : Canadian Association of Nurses in Oncology
- **CCF** : Cancérologie Cervico-Faciale
- **CCML** : Centre Chirurgical de Marie Lannelongue
- **CDI** : Contrat à Durée Indéterminée
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHI** : Centre Hospitalier Intercommunal
- **CHIC** : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
- **CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé
- **CHSP** : Centre Hospitalier Spécialisé en Pneumologie
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer
- **CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- **CLUD** : Comité de LUTte contre la Douleur
- **CNRTL** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- **CODIR** : Comité de Direction
- **COM** : Contrat d'Objectifs et de Moyens
- **CovIGIR** : Coordination des Vigilances et de la Gestion des Risques
- **CPF** : Compte Personnel de Formation
- **CREX** : Comité de Retours d'EXpérience

- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **DIF** : Droit Individuel à la Formation
- **DOM** : Département d'Outre Mer
- **DPC** : Développement Professionnel Continu
- **Drees** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **DRH** : Direction des Ressources Humaines
- **DS** : Direction des Soins
- **EAE** : Entretien Annuel d'Evaluation
- **EI** : Evénement Indésirable
- **EMASP** : Equipe Mobile d'Accompagnement et Soins Palliatifs
- **EONS** : European Oncology Nursing Society
- **EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- **EPS** : Etablissement Public de Santé
- **ESMO** : European Society for Medical Oncology
- **ESPIC** : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- **ETP** : Equivalent Temps Plein
- **Fehap** : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- **FHP** : Fédération de l'Hospitalisation Privée
- **Fnehap** : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- **GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire
- **GIP** : Groupement d'Intérêt Public
- **GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- **GPEC** : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
- **GR** : Gustave Roussy
- **HAD** : Hospitalisation A Domicile
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HPST** : Hôpital Patients Santé Territoire
- **IADE** : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat
- **IBODE** : Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
- **IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
- **IDEC** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat de Coordination
- **IDEP** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Principal
- **IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers

- **IGR** : Institut Gustave Roussy
- **INCa** : Institut National du Cancer
- **InVS** : Institut national de Veille Sanitaire
- **IQSS** : Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
- **ISO** : International Organization for Standardization
- **JORF** : Journal Officiel de la République Française
- **LMD** : Licence-Master-Doctorat
- **MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique
- **OECI** : Organisation of European Cancer Institutes
- **OGDPC** : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
- **ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie
- **QCM** : Questionnaire à Choix Multiples
- **QVT** : Qualité de Vie au Travail
- **REX** : Retour d'Expérience
- **RMM** : Revue de Mortalité et de Morbidité
- **RTT** : Réduction du Temps de Travail
- **SFPO** : Société Française de la Psycho-Oncologie
- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation
- **T2A** : Tarification A l'Activité
- **VAP** : Valorisation des Acquis Professionnels
- **VVC** : Voie Veineuse Centrale
- **WE** : Week-End

« Apprendre à faire c'est apprendre par et dans l'activité ».

« Aussitôt qu'il y a activité, il y a apprentissage, plus ou moins important bien entendu. Et ceci se déploie sur l'ensemble de la vie, vie professionnelle incluse »¹.

« Manager et Managé sont dans un bateau. L'un d'eux tombe à l'eau. Que reste-t-il ? Rien... »².

¹ PASTRE Pierre, Apprendre à faire in : Bourgeois E. et Chapelle G. *Apprendre et faire apprendre*, PUF, 2006, 304p.

² VAN DEN BULKE Philippe, MONEME Ivan, *Manager et Managé sont dans un bateau...*, Paris, Dunod, 5^{ème} édition, 2007, 208p.

INTRODUCTION

Gustave Roussy, premier Centre de Lutte Contre le Cancer en Europe, reconnu mondialement dans certaines disciplines, accueille des patients atteints de tumeurs le plus souvent malignes. La spécificité de la discipline nécessite des prises en charge complexes, associant des soins techniques lourds, des soins relationnels adaptés, des soins éducatifs développés, une évaluation et un traitement de la douleur adéquats ainsi qu'un accompagnement dans les phases palliative et terminale. A ce titre, les professionnels de santé peuvent ressentir, particulièrement les jeunes professionnels mais pas seulement, une charge mentale importante liée aux différentes pressions et à la complexité du travail.

D'autre part, l'arrivée d'un nouveau professionnel dans une équipe est source de stress pour celui qui arrive mais aussi pour celui qui accueille. Le groupe va devoir composer dans la reconnaissance mutuelle et l'intégration doit donc être formalisée et réfléchie. De fait, l'encadrement doit anticiper la venue dans une équipe d'un nouveau collaborateur qui devra parvenir à entrer dans une communauté de pratiques et de valeurs ainsi que dans une cohésion d'équipe et de compétences collectives.

Dès lors, l'association de la communication et des évaluations de pratiques sera primordiale pour une reconnaissance du travail effectué et une responsabilisation du collectif. La culture de l'évaluation (hétéro ou auto), de l'encadrement et de la traçabilité est, d'ailleurs, ancrée dans l'Etablissement tout comme la culture projet. L'objectif du projet « *intégration des nouveaux arrivants* », ici présenté, est l'uniformisation des supports d'encadrement pour les personnels infirmiers nouvellement embauchés en CDI (Contrat à Durée Indéterminée) pendant leurs 4 semaines d'intégration. Il va s'agir de créer et de mettre en place sur l'Etablissement un outil commun d'évaluation et de traçabilité appelé « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* ».

En accord avec la loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016, loi de modernisation de notre système de santé et particulièrement l'article 114³, Titre III du chapitre 1^{er}, « *Innover en matière de formation des professionnels* » concernant le Développement Professionnel Continu (DPC), le but poursuivi est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par une augmentation des connaissances et des compétences, une évaluation des pratiques professionnelles et une meilleure gestion des risques.

³ LEGIFRANCE, Loi 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en ligne, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo#JORFARTI000031913634>, consulté le 08/05/2016.

A ce titre, la dynamique de certification en Juin 2017, consistera, comme le précise M. GUEPRATTE⁴, Directeur Général adjoint de Gustave Roussy, « *en une appréciation globale et indépendante de chaque établissement portant sur le niveau de soins délivrés aux patients et la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par l'établissement* ».

Dans un premier temps, je présenterai donc Gustave Roussy, l'Institution, son évolution, son implication dans le Territoire, ses chiffres, le projet d'Etablissement 2015/2020 et les Ressources Humaines. Cela permettra ainsi de situer le contexte dans lequel va se dérouler le projet. Dans la seconde partie du travail, je traiterai de la prise en charge du cancer, spécialité de Gustave Roussy, avec les chiffres liés à la pathologie, le Plan cancer 2014/2019, les spécificités de la prise en charge, la qualité et la compétence en cancérologie. Dans une troisième partie, je développerai la démarche projet de création et mise en place sur l'Etablissement Gustave Roussy, d'un « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* » avec les enjeux et les objectifs, le point de départ du projet, le groupe projet, le passeport de compétences, l'analyse et l'évaluation du projet. Enfin je conclurai mon travail par la perspective de développement du Passeport.

⁴ Newsletter n° 01, Certif 2017, Certification Objectif Juin 2017, en ligne, Avril 2016, disponible sur : <http://intranet.gustaveroussy.fr>, consulté le 02/05/2016.

1 GUSTAVE ROUSSY, L'INSTITUTION

1.1 L'EVOLUTION DEPUIS 1925

Le Professeur Gustave Roussy (1874-1948), anatomopathologiste, crée en 1925 l'Institut Cancer⁵ qui prendra son nom en 1950 avec comme objectifs la prise en charge de la maladie cancéreuse aidée d'une équipe diversifiée, la recherche de nouveaux traitements et l'enseignement.



Professeur Gustave Roussy en 1927

En 1945, naissent les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) animés de la même volonté. L'Institut Gustave Roussy est le premier par la taille et l'ancienneté. Ils seront 20 CLCC en France. L'ordonnance n° 45-2221 du 1er octobre 1945, modifiée par l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, et par la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, donne leur statut au CLCC.

Lors du Plan Cancer de Mars 2003⁶, des Cancéropôles apparaissent et regroupent les différents acteurs pour favoriser la recherche en cancérologie. Le Cancéropôle Ile de France regroupe sept institutions que sont l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), l'Institut Curie (CLCC), l'Institut Universitaire d'hématologie (Paris Diderot), le Centre René Huguenin (CLCC), l'Institut Cochin, l'Institut Pasteur et l'Institut Gustave Roussy (IGR).

En 2005, la création de la Fondation Gustave Roussy va financer la recherche. Madame VEIL est la présidente d'honneur du Conseil de Surveillance (4 membres de Gustave Roussy et 4 membres de la société civile) qui assure le pilotage stratégique. Le Directoire (4 membres dont 3 de Gustave Roussy) assure le pilotage opérationnel. Le Comité d'Evaluation Scientifique sélectionne les programmes de recherche. La Fondation est, depuis juin 2009, agréée « Comité de la Charte du don en confiance ».

⁵ A Villejuif dans le Val-de-Marne (94).

⁶ Plan cancer 2003/2007, premier Plan cancer.


Le 12 juillet 2005, le pôle de compétitivité Medicen Paris Région, est retenu par le Comité Interministériel d'Aménagement du territoire pour permettre une amélioration de la santé publique et donner à l'Ile de France une place de leader européen sur le plan industriel.

En 2013, l'Institut Gustave Roussy change de nom et d'identité visuelle et devient alors Gustave Roussy pour se recentrer sur le Fondateur de l'Etablissement. Il associe Cancer Campus et Grand Paris. « Cancer Campus » insiste sur le projet de Campus de référence en cancérologie (recherche et développement économique), projet d'innovation médicale en Ile de France. « Grand Paris », quant à lui, est centré sur le projet d'aménagement des transports publics. Ainsi, l'établissement devrait accueillir sa gare « Villejuif-Gustave Roussy » en 2022.



Hôpital Gustave Roussy de Villejuif et sa nouvelle identité visuelle

L'identité visuelle change aussi en 2013. Elle se modernise, chaque couleur des branches du nouveau logo représente une unité de l'Institution, le bleu étant, par exemple, celle du soin et de l'Hôpital Universitaire.

AVANT 2013	APRES 2013
	

1.2 LE GCS UNICANCER

Gustave Roussy est rattaché au GCS⁷ UNICANCER comme les 20 CLCC, établissements de santé privés à but non lucratif avec une mission de service public. Devenus ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif) avec la loi du 21 Juillet 2009, loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST), ils sont répartis dans toute la France. L'idée d'UNICANCER est de mutualiser les activités stratégiques (groupement des achats, des systèmes d'informations...) via un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens, piloté par la Fédération UNICANCER (Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer).

Les CLCC sont financés comme les établissements publics par l'Assurance maladie et le système de la T2A⁸ depuis 2004 et sont contrôlés par le Ministère de la santé. La Convention Collective Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer du 1^{er} Janvier 1999 s'applique à l'Etablissement. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France⁹ a validé UNICANCER au printemps 2011.

Créée en 1964, la Fédération UNICANCER est l'une des cinq fédérations hospitalières représentatives de France avec la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad) et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap). Le 20 juillet 2015, dans l'APM news¹⁰, UNICANCER annonce vouloir regrouper les 20 sites hospitaliers autour de 9 CLCC d'ici fin 2016 pour s'adapter à la nouvelle carte des régions (13 régions au 1^{er} janvier 2016) et à la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Gustave Roussy ne sera pas affecté par ce regroupement du fait de sa taille et de sa notoriété internationale. Les 20 sites actuels seront maintenus, une nouvelle liste des CLCC doit paraître fin 2016 au Journal Officiel.

⁷ Groupement de Coopération Sanitaire.

⁸ La Tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé publics et privés, <http://www.sante.gouv.fr/>, consulté le 31/10/2015.

⁹ Ouverte le 1^{er} Avril 2010.

¹⁰ APM International, dépêche numéro 261435, 20 juillet 2015.

1.3 LE TERRITOIRE DE SANTE ET LES PARTENARIATS

1.3.1 Un territoire sans limite

Le territoire de santé dans lequel se trouve Gustave Roussy est difficile à définir car il dépend du choix effectué. En effet, le territoire peut être le département. Par exemple le projet, « la prévention solaire » s'est déroulé dans les écoles du Val-de-Marne. En termes de territoire géographique, Gustave Roussy se situe dans le territoire ONCO OUEST (94) pour les soins palliatifs, la cancérologie et la gériatrie. Plus précisément, 17 entités composent le territoire de santé Ivry-Villejuif¹¹ sur les villes de Chevilly-Larue, Choisy le Roi, Gentilly, L'Haÿ les Roses, Ivry-sur-Seine, Le Kremlin-Bicêtre, Thiais, Villejuif, Orly et Vitry-sur-Seine. Ainsi, des établissements privés ou publics, comprenant de la chirurgie, de la médecine, de l'obstétrique, des soins de suite, des soins de longue durée, de la psychiatrie et des urgences, composent ce territoire.

La notion de territoire est déduite des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Ce ne sont plus uniquement les besoins de la population qui guident le périmètre du territoire. Actuellement, Gustave Roussy ne fait partie d'aucun GHT, car seuls les établissements publics ont l'obligation (obligatoire et opposable) d'y adhérer. C'est l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JORF n° 0022 du 27 janvier 2016) qui traite des Groupements Hospitaliers de Territoire.

En juillet 2016, les GHT doivent être établis. Deux GHT, sur le 94, se dessinent (susceptibles de modifications) : un autour de l'Etablissement « support » Mondor, GHT 94 Est, regroupant le CHI de Créteil, l'Hôpital Saint-Maurice, le CHI de Villeneuve-Saint-Georges et le CHS des Murets, l'autre autour de l'Etablissement « support » Bicêtre (GHT Sud 92/94) qui comprend le CH Fondation Vallée, l'EPS Paul Guiraud et l'EPS Erasme. Cette information m'a été fournie par M. VECHARD, délégué territorial du Val-de-Marne, que j'ai rencontré lors d'un entretien le 27/01/2016 à l'ARS (publiée aussi dans Hospimedia du 02/02/2016, suite à l'annonce de l'ARS Ile de France du 29/01/2016).

Gustave Roussy pourra faire la demande, s'il le souhaite, d'un rapprochement de GHT ultérieurement en tant qu'établissement privé à but non lucratif. Cela permettrait certains financements pour des chefs de projet dans les GHT et aussi une aide pour le projet médical.

¹¹ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Cartographie de l'offre de soins, France, disponible sur : <http://carto-ets.atih.sante.fr/carto.php?ts=110200942>, consulté le 01/11/2015.

1.3.2 Un territoire de soins numérique : TerriS@nté

Gustave Roussy fait partie du projet TerriS@nté¹² qui est un programme de Territoire de Soins Numérique porté par l'ARS Ile de France. Il s'agit d'un portail collaboratif, qui va être construit par Accenture, pour permettre plus d'échanges entre les différents professionnels de santé (résultats biologiques, formation...), les organismes et les patients (accès aux différents éléments, prise de rendez-vous, résultats...) à partir de thématiques ciblées telles que le cancer, la femme enceinte ou encore le diabète.

Les objectifs de ce projet sont la prévention, la coordination et la veille sanitaire. Cela doit également permettre d'éviter la redondance des examens, d'autoriser un accès plus important aux soins des usagers, de faciliter le travail des différents professionnels autour des patients et de structurer le système de santé sur le territoire.

Gustave Roussy appartient, pour le projet, au territoire du Nord-Ouest du Val-de-Marne (soient 350 000 habitants, avec les villes de Gentilly, Kremlin-Bicêtre, Thiais, Villejuif, Vitry-sur-Seine, Ivry-sur-Seine, Arcueil et Cachan) et de l'Ouest du XIII^e arrondissement (avec les quartiers de la Butte aux Cailles, Daviel, Tolbiac et Bièvres Sud). Ce territoire propose une riche offre de soins diversifiés avec Gustave Roussy, un établissement psychiatrique et un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris). TerriS@nté est un projet expérimental sur le département du Val-de-Marne tout comme le Dossier Médical Personnel.

1.3.3 Les partenariats français et étrangers de Gustave Roussy

« La stratégie de Gustave Roussy se fonde enfin sur une politique de partenariats à la fois ancrés dans le territoire et ouverts à l'international » comme il est précisé dans l'introduction du Projet d'établissement 2015/2020¹³.

➤ Une fusion dans le 94

L'offre de soins s'adapte aux besoins du territoire et, depuis le 1^{er} Janvier 2015, soutenue par l'ARS, la coopération, entre le Centre Hospitalier Spécialisé en Pneumologie (CHSP) de Chevilly-Larue et Gustave Roussy est effective.

¹² Agence Régionale de Santé, TerriS@nté Le numérique au service de la santé en métropole du Grand Paris, disponible sur : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/9_Communiquees_presse_2014/CP_projetTerriSante_V2.pdf, consulté le 31/10/2015.

¹³ Projet d'Etablissement 2015-2020, Gustave Roussy, en ligne, page 4, disponible sur : <https://www.gustaveroussy.fr/fichiers-statiques/flipbooks/pe-2015-2020/index.html>, consulté le 14/10/2015.

Le CHSP devient l'hôpital de Chevilly-Larue, deuxième site de Gustave Roussy. Il comprend 47 lits de court séjour, 32 lits de Soins de Suite et de réadaptation (SSR), et 8 places d'hôpital de jour au 1^{er} Juin 2015, selon le rapport annuel 2014 de Gustave Roussy.

« *Le projet médical de Chevilly-Larue n'était plus adapté au territoire, ce qui expliquait ses difficultés financières. Gustave Roussy, de son côté, cherchait à accroître sa capacité d'accueil en SSR et en lits d'aval* », précise M. VECHARD¹⁴, délégué territorial du Val-de-Marne. Ce regroupement a donc eu lieu pour améliorer et fluidifier progressivement les sorties en soins de suite. Le personnel a été formé sur place pour pouvoir accueillir cette nouvelle population de patients et du matériel de soins a été acheté.

➤ **Des partenaires au niveau régional**

Depuis 2012, pour confirmer son implantation dans le territoire de soins, Gustave Roussy travaille en partenariat avec le Centre Chirurgical de Marie Lannelongue (CCML)¹⁵ spécialisé dans les chirurgies thoraciques et, depuis 2015, avec le Centre Hospitalier Sainte-Anne¹⁶ pour la neurochirurgie.

Un partenariat avec l'Hôpital Saint Joseph¹⁷, en urologie, est également en cours et un renforcement de ce qui existe déjà avec l'Institut Curie¹⁸ (comprenant le centre René-Huguenin de Saint-Cloud depuis le 1^{er} janvier 2010 suite à une fusion), lui aussi CLCC, se poursuit en adéquation avec la politique de santé.

➤ **Des partenaires au niveau international**

L'accueil des patients internationaux ne cesse d'augmenter depuis 2008. En effet, après 98 patients étrangers accueillis en 2008, Gustave Roussy reçoit 1395 malades en 2014, selon les données du Projet d'Etablissement 2015/2020 (page 69) et s'est structuré grâce à la création de la cellule internationale pour une meilleure organisation des parcours et des prises en charge.

Le 13 Octobre 2015, Gustave Roussy valide un protocole d'accord avec l'Arabie Saoudite et l'Etablissement de Riyad en formant le personnel paramédical et médical pour un transfert de compétences, en donnant des deuxièmes avis médicaux ou en prenant en charge les patients en France pour les cancers les plus rares.

¹⁴ Agence Régionale de Santé, Ile de France, Fusions hospitalières : s'adapter aux besoins des territoires, en ligne, 20 Mars 2015, disponible sur : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Fusions-hospitalieres-s-adap.180162.0.html>, consulté le 23/04/2016.

¹⁵ Au Plessis Robinson (92).

¹⁶ A Paris XIV^e arrondissement.

¹⁷ A Paris XIV^e arrondissement.

¹⁸ A Paris V^e arrondissement.

Le 21 Octobre 2015, Gustave Roussy signe un accord, à l'occasion de la visite officielle du Premier Ministre koweïtien en France, pour la création d'un hôpital satellite au Koweït d'ici deux ans.

1.4 LES CHIFFRES DE GUSTAVE ROUSSY

Selon le rapport annuel 2014, le bilan social 2014 et le magazine Repères 2014¹⁹ de l'Etablissement, Gustave Roussy, en résumé, représente :

315 M€ de budget, 70 M€ consacrés à la recherche
435 lits et 102 places en hôpital de jour sur les sites de Villejuif et Chevilly-Larue
11 300 nouveaux patients en 2014 et 47 600 patients en 2014 (+1,2 % par rapport à 2013)
100 730 séjours ambulatoires et 228 000 consultations médicales 120 000 séjours
2 768 salariés (+5,3 % par rapport à 2013) dont 2067 femmes et 701 hommes, 14,2 % de médecins, 13,5 % de cadres, 70,8 % de techniciens-agents de maîtrise et 1,4 % d'employés
2 800 professionnels et étudiants formés par an
200 CDI et 472 CDD embauchés dans les soins et la recherche en 2014

Tableau 1 : Gustave Roussy, en quelques chiffres

De nombreux professionnels se côtoient au quotidien dans une activité de consultations, de séjours ambulatoires, d'hospitalisations complètes...

1.5 LE PROJET D'ETABLISSEMENT 2015/2020²⁰

« *Le futur est maintenant. Soyons le futur !* ». Cette phrase du Pr EGGERMONT, Directeur Général de Gustave Roussy, résume bien l'ambitieux Projet d'Etablissement de ces prochaines années, basé sur l'innovation. Les missions sont également reprises :

« *Premier Centre de lutte contre le cancer en Europe par son volume d'activité clinique, Gustave Roussy a trois missions-clés : le soin, la recherche et l'enseignement* »²¹.

¹⁹ Etre le futur aujourd'hui, Repères, <http://intranet.gustaveroussy.fr>.

²⁰ Projet d'Etablissement 2015-2020, Gustave Roussy, en ligne, page 3, disponible sur : <http://www.gustaveroussy.fr/fichiers-statiques/flipbooks/pe-2015-2020/index.html>, consulté le 14/10/2015.

²¹ Projet d'Etablissement 2015-2020, Gustave Roussy, en ligne, page 3, disponible sur : <http://www.gustaveroussy.fr/fichiers-statiques/flipbooks/pe-2015-2020/index.html>, consulté le 14/10/2015.

1.5.1 Les axes de développement

Autour des trois axes principaux (le soin, la recherche et l'enseignement) existants depuis la création de l'Institut Cancer, le projet d'Etablissement s'est construit dans une démarche participative grâce aux différents groupes de travail mis en place en interne. Les 5 thèmes centraux sont le médico-soignant, la recherche / enseignement, le management / organisation, le développement / partenariats et l'évaluation du précédent projet d'Etablissement.

Après un projet d'Etablissement 2009/2013, élaboré autour d'une médecine personnalisée et la création d'un label Gustave Roussy, le projet actuel est lui, centré sur les innovations techniques, technologiques, scientifiques ou thérapeutiques et aussi sur la qualité, les soins ou le management.

1.5.2 L'innovation dans le plan d'actions

L'innovation, maître mot du plan d'actions du projet d'Etablissement, nécessite des transformations dans le paysage actuel.

Une amélioration des infrastructures (réorganisation de la chirurgie et création du pôle interventionnel, développement de l'ambulatoire, nouvelles machines de radiothérapie, plateaux techniques, numérique, recherche...) est prévue. De même, se projette une médecine personnalisée organisée et coordonnée avec des chemins cliniques (l'hématologie, l'immunothérapie, la pédiatrie, le sujet âgé, la prise en charge de la fin de vie...).

Le développement de nouveaux partenariats pour une meilleure offre de soins ainsi que l'ouverture sur l'extérieur, nationale et internationale, se profilent dans les années futures. Une évolution du management et des outils des managers (logiciel informatique, formations, promotion...) est annoncée. Un exemple de l'« innovation managériale » dans le volet DRH « attirer et fidéliser les talents », est ainsi de recueillir une centaine de témoignages de salariés (moins de 3 ans d'ancienneté, courant mars/avril 2016), tous métiers confondus (50 environ pour les soins), pour définir et partager sur les bonnes pratiques managériales, animé par un intervenant extérieur pour assurer plus de neutralité.

Le dernier item du plan d'actions correspond au projet managérial et à l'objectif d'intégration des nouveaux arrivants et d'évaluation/traçabilité dans la gestion des risques.

En effet, il s'agit de **l'amélioration continue de la qualité (les soins, les médicaments, l'accueil, les prestations, les outils de traçabilité ...)** et de **l'évaluation (EPP²², certification 2017) pour permettre la gestion des risques.**

C'est ainsi que « *La qualité est au service des innovations et l'innovation soutiendra la qualité* »²³. Au travers du benchmarking réalisé dans les autres établissements (CLCC ou non), j'ai recherché, dans le cadre de ce projet, le caractère innovant du « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* ». Je m'appuie également sur les 3 axes d'innovation de la loi de modernisation de notre système de santé du 26/01/2016, que sont les soins de proximité, la prévention et les droits des patients.

1.6 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT

Gustave Roussy est divisé en Départements et non en Pôle (cf. ANNEXE 1 : Organigramme de Gustave ROUSSY). Néanmoins, en 2016, et pour la première fois, le Pôle Interventionnel est créé.

Département de Médecine Oncologique
Pôle interventionnel (Département de Cancérologie Cervico Faciale (CCF) - <i>auquel je suis rattachée</i> - et le Département de Chirurgie Générale)
Département de Soins Aigus
Département de Cancérologie de l'enfant et de l'adolescent
Département des Blocs opératoires
Département d'Innovation thérapeutique et des Essais précoces
Département Ambulatoire
Département de Pharmacie
Département de Biologie et pathologies médicales
Département de Physique médicale
Département d'Imagerie médicale

Tableau 2 : L'organisation en départements de Gustave Roussy

²² Evaluation des Pratiques Professionnelles.

²³ Projet d'Etablissement 2015-2020, Gustave Roussy, en ligne, page 33, disponible sur : <https://www.gustaveroussy.fr/fichiers-statiques/flipbooks/pe-2015-2020/index.html>, consulté le 14/10/2015.

Depuis la contractualisation interne des Départements à Gustave Roussy en 2011, le Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) est signé par la Direction Générale et le Chef de Département pour toute la durée du Projet d'Etablissement.

La Direction Générale détermine une enveloppe budgétaire par Département pour les ressources humaines (masse salariale CDI, CDD, vacataires, frais d'intérimaires, primes cadres...), l'équipement (biomédical ou général) et les dépenses autres (produits pharmaceutiques, petit matériel...).

Concrètement, d'un point de vue organisationnel, le Conseil d'administration (CA) arrête la politique générale d'évaluation et de contrôle de Gustave Roussy. En juin 2015, il est composé de 9 membres de droit, de 3 personnalités qualifiées, de 2 représentants des usagers, de 2 membres du personnel médical, de 2 membres du comité d'entreprise, de 3 membres ayant voix consultative, d'un membre invité, de l'équipe de direction et d'administration (13 personnes), d'une chargée de mission et d'une assistante de Direction Générale.

Le Directeur général en poste depuis 2010, était précédemment Professeur de chirurgie oncologique aux Pays Bas. En 2015, il a été renouvelé dans ses fonctions pour 5 années. Il a ouvert l'établissement sur l'international et est assisté d'un directeur général adjoint et d'un directeur de la recherche, reconduits, eux-aussi, pour 5 ans.

Le directeur des soins, de Villejuif et de Chevilly-Larue, est en poste à Gustave Roussy depuis juillet 2010. L'organigramme de la Direction des Soins, remis à jour en décembre 2015, précise la composition de l'équipe d'encadrement des deux sites, Villejuif et Chevilly-Larue. Il est composé de coordonnateurs de soins, de cadres de département, de cadres de proximité et de cadres transversaux et chargés de missions, de nuit et de jour. Certains cadres de département et coordonnateurs interviennent sur les deux sites (cf. ANNEXE 2 : Organigramme de la Direction des Soins, Hôpital de Villejuif et ANNEXE 3 : Organigramme de la Direction des Soins, Hôpital de Chevilly).

1.7 LES RESSOURCES HUMAINES A GUSTAVE ROUSSY

1.7.1 Les chiffres de la population concernée : les infirmiers

Le répertoire ADELI (Automatisation DEs LIstes) ne permet pas d'estimer de façon très fiable le nombre d'infirmiers. Les changements de situation professionnelle ne sont, par exemple, pas forcément enregistrés.

L'Ordre National des Infirmiers ne permet pas, lui non plus, un recensement très précis du fait du nombre restreint d'inscrits à l'Ordre.

- En France

Selon l'Ordre National des Infirmiers²⁴, au 1er Janvier 2014, 600 170 infirmiers (chiffres de la Drees) sont en activité et recensés en France métropolitaine (501 921 salariés) et 16 126 dans les Départements d'Outre-mer (DOM) dont 11 482 salariés. C'est la profession de santé la plus représentée.

33 712 infirmiers travaillent en ESPIC en France.

- En Ile de France

98 486 infirmiers sont en activité dont 86,7 % de femmes.

- Dans le Val-de-Marne

10 534 infirmiers travaillent dont 85,1 % de femmes.

- A Gustave Roussy, Villejuif et Chevilly-Larue

Gustave Roussy (les deux sites) recensait 551,2 IDE en CDI (en 2015). Ce chiffre comprend les IDE, IBODE, IADE, IDE puéricultrice, IDEC et IDEP de jour et de nuit.

ETP 2015	ETP CDI Budgétés	CHEVILLY				VILLEJUIF				dont CDI
		Jour		Nuit		Jour		Nuit		
		DD	DI	DD	DI	DD	DI	DD	DI	
Infirmier(e) D.E.	480,8	1,6	24,2	0,3	12,0	21,8	307,8	2,3	137,1	481,1
Infirmier(e) Anesthésiste D.E.	19,0						19,8			19,8
Infirmier(e) de Bloc Opératoire D.E.	13,1						14,2			14,2
Infirmier(e) de Puériculture D.E	3,8					1,0	4,4	0,9		4,4
Infirmier(e) de Coordination	Inclus dans les encadrants		0,6				13,9		2,7	17,2
Infirmier(e) Principal(e)	Inclus dans les encadrants						8,3		6,3	14,5
										551,2

Tableau 3 : Les IDE en CDD et CDI à Gustave Roussy (à partir des chiffres de la DRH)

²⁴ Ordre National des Infirmiers, Les infirmiers, Statistiques démographiques, en ligne, disponible sur : <http://www.ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers/la-profession-en-chiffre.html>, consulté le 27/04/2016.

Les aides-soignants, pour comparer, sont 170,9 en CDI en 2015. J'ai souhaité obtenir ce chiffre pour anticiper sur le projet « *Passeport de compétences des aides-soignants en oncologie* ».

Selon les chiffres du Directeur des soins de l'Établissement, en juillet 2010, la durée moyenne d'activité d'un IDE était de 8,79 ans et la médiane était de 3,64 ans. En juillet 2015, elle est de 7,92 ans pour la moyenne et 4,19 ans pour la médiane. La moyenne d'âge des IDE entre 2010 et 2015 est passée de 35,11 ans à 31,77 ans et la médiane de 31,01 ans à 31,77 ans. La moyenne d'âge, toutes professions confondues en 2015, est de 38 ans.

1.7.2 Le Contrat de génération

Conformément à la loi n° 2013-185 du 1^{er} mars 2013, Gustave Roussy a signé le Contrat de génération²⁵ le 25 Septembre de la même année (accord signé pour 3 ans) pour soutenir, à la fois les jeunes de moins de 26 ans (recrutement, alternance, intégration) avec des entretiens de suivi d'intégration (encadrant, jeune collaborateur et référent) afin de favoriser la transmission intergénérationnelle des savoirs et des compétences, et les seniors avec des entretiens de bilan et perspectives, des réductions progressives d'activités et un accompagnement.

Dans l'entretien de suivi d'intégration, les questions DRH sont en lien avec mon projet. En effet, elles concernent l'intégration des nouveaux arrivants, ciblées pour les moins de 26 ans.

Gustave Roussy s'est engagé à recruter, chaque année, toutes professions confondues, entre le 01/01/2014 et le 31/12/2016, 90 jeunes de moins de 26 ans.

Les chiffres, obtenus de la responsable RH que j'ai contactée, pour le bilan du Contrat de génération, sont regroupés ci-après.

ANNEE	Embauches en CDI (CDI ou CDD devenus CDI)	Dans les soins
2014	105	69
2015	118	83

Tableau 4 : Le Contrat de génération (jeunes de moins de 26 ans) à Gustave Roussy (d'après les chiffres obtenus de la DRH)

²⁵ Accord n° 2013-06 portant sur le Contrat de génération, Gustave Roussy.

Seuls des résultats quantitatifs existent à ce jour. Je souhaitais pourtant avoir des résultats qualitatifs des questionnaires.

Voici des exemples de questions qui sont à remplir, par le jeune collaborateur, dès la fin de la période d'essai et au plus tard dans les 6 mois de présence.

- Le « kit d'accueil » vous a-t-il été remis (livret d'accueil, organigramme, règlement intérieur...)?	<u>OUI/NON</u>
- Une présentation du service et de vos principaux interlocuteurs et collègues de travail a-t-elle été réalisée ?	<u>OUI/NON</u>
- L'organisation du Département/Service (procédure, consignes de sécurité, tenue de travail, horaires) vous a-t-elle été communiquée ?	<u>OUI/NON</u>
- Les missions de votre poste vous semblent-elles suffisamment claires ?	<u>OUI/NON</u>
- A ce stade, dans le cadre de vos missions, avez-vous identifié ou ressenti un besoin de formation ?	<u>OUI/NON.</u>
Si OUI lequel ?....	
- Vous sentez-vous intégré au sein de votre équipe/Service/Département ?	<u>OUI/NON</u>
Si NON, pour quelles raisons ?	
- A ce stade, votre intégration au sein de Gustave Roussy/Département/Service vous semble-t-elle réussie ?	<u>OUI/NON</u>
Si NON pour quelles raisons ?	

La signature de cet accord prévoit dans le titre 5, des engagements en faveur de la transmission des savoirs et des compétences (vers les jeunes et/ou les salariés âgés, binômes d'échanges de compétences...) et de favoriser le tutorat dans la transmission des savoirs propres à Gustave Roussy (intégration d'un nouveau collaborateur) ce qui correspond au thème de mon projet.

1.7.3 Le livret d'accueil du personnel

Le livret d'accueil du personnel est en cours de réécriture à la DRH depuis 1 an. Il n'est donc pas distribué à ce jour à la signature des contrats. La dernière version date de Juin 2011 (consultable sur l'intranet GR, comme la charte des soignants incluse dans ce livret). Il sera redistribué en juin 2016 dans une version plus synthétique avec plus de liens intranet et donc plus facile à réactualiser annuellement.

La charte des soignants stipule dans son 6^{ème} engagement (sur 10) « *le maintien et l'amélioration de la compétence professionnelle : les différents soignants participent à une procédure régulière de mise à niveau et de formation. Les soignants participent régulièrement à ces formations. Ils acceptent d'être évalués en interne et en externe* ».

Le 4^{ème} engagement mentionne, quant à lui, « *l'amélioration de la qualité des soins* ». Le rappel du développement des compétences, des formations, des évaluations et de la qualité des soins est donc fait à différents endroits et correspond à un critère d'excellence des CLCC.

2 LA PRISE EN CHARGE DU CANCER, SPECIALITÉ DE GUSTAVE ROUSSY

Gustave Roussy est un centre spécialisé en cancérologie (large éventail de tumeurs malignes) avec un rôle de centre de recours. Il prend en charge les patients à tous les stades de la maladie nécessitant des « soins standards » ou « des soins de recours ».

2.1 LE CANCER EN FRANCE

En 2015, selon l'INCa²⁶, « *le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 385 000 (211 000 hommes et 174 000 femmes) et le nombre de décès par cancer, à 149 500 (84 100 hommes et 65 400 femmes)* »²⁷. Le nombre de nouveaux cas de cancer augmente donc, 30 000 cas supplémentaires tous cancers confondus, hommes et femmes, entre 2012 et 2015.

Toujours selon l'INCa²⁸, « *le taux de mortalité par cancer baisse de 1,5 % par an chez l'homme entre 1980 et 2012 (-2,9 % entre 2005 et 2012) et baisse de 1 % par an chez la femme entre 1980 et 2012 (-1,4 % entre 2005 et 2012)* ».

²⁶ INCa : Institut National du Cancer.

²⁷ Institut National du Cancer, Epidémiologie des cancer, en ligne, 5 Février 2016, <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>, consulté le 24/04/2016.

²⁸ Institut National du Cancer, Epidémiologie des cancers, en ligne, 5 Février 2016, page 5, <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>, consulté le 01/05/2016.

Concernant la survie, selon une étude publiée en Février 2016 par l'InVS²⁹, « **Les tendances observées sont encourageantes** avec une amélioration de la survie à 5 ans pour la plupart des cancers sur la période d'étude, notamment pour 3 tumeurs solides fréquentes (prostate : +22 points, 94 % de survie ; côlon-rectum : +9 points, 63 % ; sein : +7 points, 87 %) et 3 hémopathies malignes fréquentes (lymphome diffus à grandes cellules B : +18 points, 60 % de survie ; myélome multiple et plasmocytome : +11 points, 54 % ; leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire : +8 points, 85 %). Selon les cancers, cette amélioration peut être attribuée aux progrès de la prise en charge et des traitements, mais aussi à une modification de définition de la maladie ou un diagnostic plus précoce ».

Pour les enfants et les adolescents, « le cancer touche en moyenne par an 2 500 nouvelles personnes (1 700 chez les moins de 15 ans et 800 chez les adolescents de 15 à 19 ans). La survie à 5 ans des enfants et adolescents, atteints de ces cancers, s'est améliorée de manière très significative ces dernières décennies et dépasse aujourd'hui les 80 % »³⁰.

2.2 LE CANCER EN ILE DE FRANCE ET DANS LE VAL-DE-MARNE

Gustave Roussy se situe à Villejuif et à Chevilly-Larue dans le Val-de-Marne (94), en Ile de France.

Pour l'Ile de France, 3 043 tumeurs malignes sont répertoriées pour 100 000 habitants selon la même référence de calcul que ci-dessus. En comparaison, le maximum, par région, peut aller jusqu'à 3 800 tumeurs malignes pour 100 000 habitants en Auvergne.

Selon les chiffres de la Drees³¹, l'Ile de France, c'est 11,9 millions d'habitants avec une offre sanitaire ambulatoire (médecins spécialistes, dentistes) supérieure au reste de la France mais par contre inférieure, en ce qui concerne les médecins généralistes, les infirmiers libéraux et les kinésithérapeutes. L'offre en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) est inférieure à la moyenne nationale contrairement à l'Hospitalisation A Domicile (HAD) et aux Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

²⁹ InVS, Les nouvelles données sur la survie des personnes atteintes de cancers en France métropolitaine, Communiqué de presse, en ligne, 2 Février 2016, disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communique-de-presse/2016/Les-nouvelles-donnees-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancers-en-France-metropolitaine>, consulté le 05/05/2016.

³⁰ Institut National du Cancer, Epidémiologie des cancers, en ligne, 5 Février 2016, <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>, consulté le 01/05/2016.

³¹ Recueil d'indicateurs régionaux, offre de soins et état de santé, 25/08/2014, <http://www.drees.sante.gouv.fr>, consulté le 29/11/2015.

Selon l'ARS Ile de France³², « la densité médicale moyenne place actuellement l'Ile de France au deuxième rang des régions les mieux dotées, derrière la région Provence - Alpes - Côte d'Azur ». La densité moyenne de médecins pour 100 000 habitants est de 405 en Ile de France. La difficulté se situe dans l'offre de soins de premier recours que sont les médecins généraux.

La densité moyenne des infirmiers libéraux pour 100 000 habitants est de 40, bien inférieure, (presque de moitié), au niveau national.

Selon une étude comparative réalisée par l'ARS Ile de France, à partir des chiffres de financement de l'Assurance maladie et de l'Etat, « La dépense en santé de l'Ile de France représente 18,2 % de la dépense nationale »³³.

Toujours selon l'ARS Ile de France³⁴, les hommes atteints d'un cancer du poumon, colorectal ou de la prostate en Ile de France sont moins nombreux qu'au niveau national.

Les Franciliennes sont par contre plus touchées par le cancer du poumon et du sein que dans le reste de la France. La mortalité par cancer est plus élevée dans le Val-de-Marne qu'en Ile de France, en particulier pour les poumons. Enfin, 19 réseaux de santé (cancérologie, soins palliatifs, périnatalité...) interviennent dans le département 94 pour la coordination des soins.

2.3 LE PLAN CANCER 2014/2019³⁵



Le Plan cancer 2014/2019 est le 3^{ème} depuis 2003. Il est organisé en 17 objectifs qui s'articulent autour de « *guérir plus de personnes malades, préserver la continuité et la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche, optimiser le pilotage et les organisations* ».

Le 1^{er} Plan cancer a vu la création de l'INCa (Institut National du Cancer), loi de santé publique du 9 août 2004. L'INCa est « *l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'État, chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer* »³⁶.

³² Les chiffres clés de la santé en Ile de France, La santé en Ile de France, 30/03/2011, <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>, page 17, consulté le 01/11/2015.

³³ Les chiffres clés de la santé en Ile de France, La santé en Ile de France, 30/03/2011, <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/>, page 24, consulté le 01/11/2015.

³⁴ Les chiffres clés de la santé en Ile de France, La santé en Ile de France, 30/03/2011, <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>, page 8, consulté le 01/11/2015.

³⁵ Institut National du Cancer, Plan cancer 2014/2019, en ligne, Février 2015, disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019>, consulté le 13/11/2015.

³⁶ Institut National du Cancer, Plan cancer 2014/2019, en ligne, Février 2015, disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019>, consulté le 13/11/2015.

Le Plan cancer est renforcé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, concernant la prévention (lutte contre le tabac et l'alcool...), le droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer (faciliter le droit aux emprunts au-delà de 5 ans de fin de traitement pour les cancers avant l'âge de 18 ans et 10 ans pour les autres cancers), la création des infirmières cliniciennes prioritairement en cancérologie ou encore la possibilité pour les infirmières de prescrire des substituts nicotiniques.

2.4 LE TRAVAIL EN CANCEROLOGIE, UN CHOIX

2.4.1 Le profil des infirmiers

A partir de l'activité spécifique proposée dans l'Etablissement, j'ai souhaité établir un profil d'infirmiers qui postulent à Gustave Roussy ce qui va aider à la définition des nouveaux embauchés pour lesquels le « *Passeport de compétences* » va être créé.

Dans un premier temps, j'ai rencontré les coordonnateurs de soins des départements de chirurgie et de médecine de GR réalisant les entretiens d'embauche infirmiers en 2^{ème} intention, après le chargé de carrière à la DRH.

En effet, je me suis centrée sur les réponses aux trois questions posées par les coordonnateurs (cf. ANNEXE 4 Récapitulatif des réponses d'IDE postulant en chirurgie (générale ou ORL) et ANNEXE 5 Récapitulatif des réponses d'IDE postulant en médecine).

- Pourquoi postuler en cancérologie ?

En chirurgie

L'approche multidimensionnelle de la cancérologie est mise en avant, ainsi que la qualité de la prise en charge, de l'accompagnement et le travail en équipe.

En médecine

La spécialité est citée en pleine évolution, ainsi que la connaissance de la spécialité par différents aspects (personnel, cours, stages) et l'accompagnement.

Au final, les thèmes retrouvés sont complémentaires en chirurgie et en médecine.

- Pourquoi postuler à Gustave Roussy ?

En chirurgie

La renommée, les compétences, l'encadrement, l'éducation du patient, le relationnel et la proximité géographique sont nommés.

En médecine

La renommée, la qualité des soins, la mono-spécialité, la proximité géographique et le site internet sont décrits.

En réalité, la renommée de l'Etablissement est citée pour les deux départements (chirurgie et médecine). Certains infirmiers parlent même de faire leur carte de visite professionnelle à GR.

La proximité géographique ressort dans les deux cas, particulièrement en région parisienne avec les problèmes de transport.

La qualité des soins est précisée cette fois-ci en médecine mais l'était déjà précédemment en chirurgie. La technicité n'est pas mise en avant en médecine.

- Quelle est la vision ou perception de la maladie grave ?

En chirurgie

La mort, la dimension nationale du cancer et l'aide aux personnes font partie des réponses.

En médecine

Le traitement long, la fin de vie, le rôle relationnel, l'écoute et le temps passé sont recensés.

En fait, la fin de vie et l'accompagnement de cette phase sont plus spécifiés en médecine. La perception de la différence du travail entre chirurgie et médecine se fait déjà sentir.

La notion d'aide et d'écoute est commune aux deux spécialités dans les réponses.

Les infirmiers postulants ont un certain nombre de valeurs professionnelles comme la solidarité, l'autonomie, l'altruisme, l'approche multidimensionnelle du soin, l'accompagnement, l'écoute du patient et de son entourage qui sont mises en avant dans les entretiens.

Dans un deuxième temps, j'ai rencontré, en individuel, une future infirmière actuellement en attente de ses résultats et AS dans l'Etablissement, qui souhaitait postuler. Je lui ai posé les trois mêmes questions (cf. 2^{ème} partie de l'ANNEXE 4). Elle a fait ressortir dans les éléments prioritaires pour elle, la prise en charge pluridisciplinaire, les soins techniques et le côté relationnel. Elle a aussi parlé de la réputation de la structure et de la spécialité oncologique prise en charge. Elle pense pouvoir se détacher des situations graves et la mort ne semble pas lui faire peur.

En fin de compte et pour résumer, les nouveaux professionnels recherchent :

- la prise en charge pluriprofessionnelle et multidimensionnelle,
- la qualité des soins (application des procédures, protocoles, éducation du patient, technicité...),
- la mono-spécialité (cancérologie),
- un établissement de « renommée » (carte de visite),
- un accompagnement du patient et de son entourage (aide aux personnes, écoute, rôle relationnel, temps consacré...).

Les grandes spécificités de la prise en charge en cancérologie ont été retrouvées dans les différents entretiens. Hormis la technicité qui n'est pas ressortie dans les entretiens en médecine, les grands thèmes apparaissent dans les différentes réponses, quel que soit le département, médecine ou chirurgie.

Selon la psychologue du travail, rencontrée lors d'un entretien le 09/03/2016, la population infirmière qui postule en chirurgie ou en médecine, est sensiblement différente au niveau de « *la perception* ».

Il en est de même pour celle de pédiatrie concernant le rapport à la mort. Les attentes et les représentations des professionnels ne semblent pas être les mêmes. Selon elle, « *le rapport aux patients est différent, la chirurgie est considérée comme du curatif, permettant de guérir le patient sans la nécessité de recourir aux traitements stigmatisants de la chimiothérapie par exemple, ce qui est moins le cas en médecine* ». C'est ainsi que « *ces représentations sociales relatives au cancer étroitement associé à la mort n'évaluent pas au même rythme des progrès en médecine* ».

2.4.2 Le bien-être des soignants

Dans un troisième temps et dans le but de pouvoir continuer à établir un profil des professionnels infirmiers, j'ai souhaité rencontrer la psychologue de travail, arrivée en 2012 à GR sur une création de poste, avec un guide d'entretien (cf. ANNEXE 6 : Entretien avec la psychologue du travail). Le compte rendu de l'entretien a été validé par ses soins pour une retranscription la plus proche possible. Je voulais repérer ses missions, connaître les perceptions des jeunes soignants et les possibilités d'accompagnement des professionnels sur l'Etablissement. L'entretien a duré une heure et a été très enrichissant.

Elle intervient en individuel ou en collectif, en programmé ou non programmé, sur 3 axes qui sont les organisations, la sensibilisation et la formation, et enfin le curatif.

Les possibilités d'accompagnement proposées à GR sont l'entretien individuel et les groupes de paroles sur demande des soignants ou de l'encadrement. Un coach extérieur pour l'équipe peut être demandé par le biais du Pôle Développement Professionnel (DRH) si besoin est.

Sur l'année 2015, elle a réalisé 920 entretiens / consultations, toutes professions confondues.

Le médecin et la psychologue du travail appartiennent au secteur de santé au travail avec la personne chargée de la mission handicap, un ergonomiste et les infirmières de médecine du travail. Cette équipe travaille en étroite collaboration, dans le respect du secret partagé, pour le bien-être des salariés.

Une enquête de satisfaction au travail avait pu être réalisée en 2013 et 839 questionnaires ont été analysés. Le taux moyen de satisfaction était de 63 % (« *niveau global correct* ») et certaines préconisations ont été établies.

Selon la psychologue du travail, les professionnels en début et en fin de carrière sont à risque. Les jeunes professionnels consultent, connaissent son existence par la DRH (« flyer ») ou par la médecine du travail lors de l'entretien d'embauche.

Une ligne téléphonique (ou ligne bleue) avait été mise en place pour permettre aux soignants de s'exprimer. Cette ligne n'a pas été utilisée et a donc été fermée.

« *La qualité de vie au travail c'est l'affaire de tous* », précise-t-elle. Cette phrase résume bien la préoccupation de chacun.

2.4.3 La souffrance des soignants

Le besoin de psychologue de travail et sa légitimité dans le service Santé au Travail m'a amené à élargir mes connaissances sur le ressenti des soignants au contact des patients.

Même si la souffrance des soignants n'est pas un sujet forcément abordé à l'hôpital, quel qu'il soit, le « prendre soin » va consister à la prévenir et à l'anticiper. La mort est de moins en moins à domicile et de plus en plus en Institution. Gustave Roussy, centre de cancérologie n'y échappe pas. En effet, il n'y a pas de service de soins palliatifs, seuls des lits dédiés « soins palliatifs » existent avec une prise en charge de l'Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP).

L'enthousiasme du début de la prise de poste d'un IDE peut faire place à une déception lorsque les difficultés d'organisation arrivent et que le travail en équipe et la prise en charge des patients ne sont pas satisfaisants. Lorsque l'IDE est confronté à la douleur ou à la mort, qu'il perçoit une non-reconnaissance des patients, des soignants ou de son encadrement et que se rajoute par-dessus des soucis dans sa vie personnelle, le risque d'épuisement professionnel ou « burn out » est alors plus important. La psychologue du travail précise, d'ailleurs, qu'« *il existe des facteurs de vulnérabilité individuels au burn out, cela dépend de l'âge, des épreuves de la vie... Si une mauvaise organisation se rajoute en plus, le risque de burn out augmente* ».

Grâce à une bonne cohésion de groupe, une solidarité entre collègues et des échanges interprofessionnels lors de réunions d'équipe, l'IDE peut éviter, au préalable, cette phase de détresse psychologique.

L'encadrement (cadres supérieurs de santé et cadres de proximité) a pour mission de repérer et de prévenir l'usure professionnelle et le mal-être par des actions concrètes de terrain.

Le 32^{ème} congrès de la Société Française de la Psycho-Oncologie (SFPO) a traité, à Lille, en Novembre 2015, de « *la mort et ses représentations en cancérologie : un possible à vivre et à penser* ».

Le débat est donc bien d'actualité et il est nécessaire de s'en préoccuper. Je citerai une phrase du mot d'accueil de l'équipe de la SFPO « *Cet 'impensable' de la mort impacte la qualité des soins (relation, communication, difficultés d'anticipation, etc.) et peut générer du désarroi chez les patients et les proches, ainsi qu'une souffrance des équipes soignantes...* ». En effet, chaque situation va être vécue de manière différente et individuellement par le soignant qui aura ses propres représentations de la maladie et de la mort en fonction de son histoire personnelle. Et comme le souligne PHANEUF, « *La soignante incapable de contribuer à vaincre la maladie est un peu vaincue elle-même* »³⁷.

Dans le volet anthropologique d'une étude réalisée dans le CLCC de Bordeaux³⁸, auprès de patientes traitées pour un cancer du sein et de soignants autour du « *moral* », le constat fait état de décalages dans le temps des perceptions et des représentations entre les soignées et les soignants, entraînant un écart dans les réponses apportées aux patientes. Les résultats montrent « *de nombreuses divergences dans les stratégies de soin entre patients et professionnels hospitaliers en oncologie* » et « *une désarticulation entre les cheminements de patients qui s'inscrivent dans des temps longs et les aspirations, les cadres moraux des professionnels à la fois très codifiés et sous-entendus par une logique médicale à court terme* »³⁹.

D'autre part, il est précisé aussi dans cette étude (page 14) que « *les différentes figures de la mort - omniprésentes dans les témoignages des soignées tout au long des soins - restent mises à distance par les soignants* », sans doute comme mécanisme de défense ou comme protection d'un souvenir personnel douloureux. En effet, les soignants peuvent avoir des représentations de la fin de vie comme « *celles d'une trajectoire de fin de vie idéale qui serait pour eux une mort sans souffrance physique, psychique et qui surviendrait entourée des leurs. Leur histoire de vie vient également modifier leur perception* »⁴⁰.

³⁷ PHANEUF Margot, La souffrance des soignants, un mal invisible... Jalons pour une réflexion, en ligne, page 2, disponible sur : <http://www.prendresoain.org/wp-content/uploads/2013/01/La-souffrance-des-soignantes-.pdf>, consulté le 14/03/2016.

³⁸ VEGA Anne, La mort, l'oubli et les plaisirs, Les cheminements des patients dans le cancer du sein, Revue Internationale francophone d'anthropologie de la santé, en ligne, 2012, page 14, disponible sur : <http://anthropologiesante.revues.org/861>, consulté le 09/03/2016.

³⁹ VEGA Anne, La mort, l'oubli et les plaisirs, Les cheminements des patients dans le cancer du sein, Revue Internationale francophone d'anthropologie de la santé, en ligne, 2012, page 14, disponible sur : <http://anthropologiesante.revues.org/861>, consulté le 09/03/2016.

⁴⁰ SEBASTIEN Sophie, Les soignants face à la mort, La revue de l'Infirmière, Avril 2012, n° 80, Edition Elsevier Masson, page 40.

Il me paraît nécessaire, voire même indispensable, d'avoir conscience que c'est une spécificité de travailler en cancérologie, une richesse aussi, avec cependant un risque plus important d'épuisement professionnel dû au retentissement psychologique de la confrontation à la maladie grave (même si celle-ci devient une maladie chronique pour un certain nombre de cancers).

2.5 LA QUALITE EN CANCEROLOGIE

2.5.1 Les certification et accréditation

LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

Délivre à Gustave Roussy la certification V2010, Reconnaissance de la qualité et de la sécurité des soins réalisés. Un résultat très positif qui est l'aboutissement d'un long processus commencé en 2010⁴¹.

2.5.1.1 La certification en 2017

La dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est un objectif majeur de Gustave Roussy et, de manière générale, dans les centres de lutte contre le cancer.

La certification des établissements de santé V2014 (3 versions depuis 1998), obligatoire pour les établissements de santé publics et privés, présente une nouvelle version avec de nouvelles méthodes de visite : méthode du patient traceur... et une approche autour de vingt thématiques.

L'année 2016 sera une année de préparation à la certification⁴², prévue pour 2017, à Gustave Roussy (Villejuif et Chevilly-Larue). La date de celle-ci a été décalée d'un an suite à la fusion des deux établissements. En effet, elle aurait dû avoir lieu en 2016. La certification V2014 sera donc sur les deux sites et les deux prises en charge : MCO et SSR.

Gustave Roussy (Villejuif) a été certifié en Avril 2012 avec 2 recommandations : prise en charge médicamenteuse et prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé.

Gustave Roussy (Chevilly-Larue) a eu une visite initiale en avril 2012 et une certification en septembre 2014 avec 9 recommandations : prise en charge médicamenteuse, gestion du dossier patient, politique et organisation de l'EPP, démarche EPP, programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté et enfin, engagement dans le développement durable.

⁴¹ Rapport annuel 2014, Gustave Roussy, Etre le futur d'aujourd'hui, en ligne, page 37, disponible sur : <http://www.gustaveroussy.fr>, consulté le 12/11/2015.

⁴² L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français, en ligne, 15 Octobre 2010, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-santé, consulté le 11/11/2015.

A ce titre, le « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* » peut être un moyen efficace d'améliorer la qualité et la sécurité des soins sur les deux sites en uniformisant les pratiques et en traçant l'information dispensée tout en consolidant la pratique des EPP.

Notons également qu'en 2012, Gustave Roussy a reçu l'accréditation européenne par l'OECI (Organisation of European Cancer Institutes) pour l'amélioration de la qualité des soins et la recherche. Il est aussi accrédité ESMO (European Society for Medical Oncology) depuis 2008 pour le parcours patient en Soins palliatifs (centre de référence).

2.5.1.2 L'intégration des nouveaux arrivants dans la certification

Dans la fiche 12 de la HAS en 2012⁴³, Qualité, sécurité et gestion des risques associés aux soins en unités de soins, il est noté : « (...) *intégration organisée des nouveaux entrants (accueil, formation, objectifs clairement posés à deux mois, désignation d'un référent avec délégation du cadre soignant, points d'avancement effectués régulièrement) avec une attention particulière sur le personnel intérimaire (...)* ». **Le processus d'intégration apparaît ainsi comme un outil de qualité et sécurité des soins. Cela renforce l'intérêt du « *Passeport de compétences* » tel qu'il a été pensé. Le bilan à 2 mois est prévu lui aussi dans le projet. Le développement pour le personnel intérimaire est envisagé dans un deuxième temps sur l'établissement, différemment, avec un « flyer ».**

D'autre part, toujours dans la fiche 12 de la HAS, il est précisé : les « (...) *acquisitions organisées selon diverses modalités : compagnonnage, formations (internes et externes, individuelles et collectives), entraînements par simulation et mises en situation (individuelles et collectives) (...)* ». Tout ceci va être organisé pour le développement des compétences des professionnels. Les compétences « *s'identifient et s'évaluent à travers l'ensemble des activités et des situations professionnelles* »⁴⁴.

Ainsi, l'intégration des nouveaux arrivants fait partie du manuel de certification de Janvier 2014⁴⁵, la gestion des ressources humaines. Il s'agit du critère 3b. Tout d'abord, il faut organiser l'intégration du nouvel arrivant (« Prévoir » E1). Ensuite, il faut que ce dernier puisse recevoir une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant d'exercer sa fonction (« Mettre en œuvre » E2).

⁴³ HAS, Amélioration des pratiques et sécurité des soins, La sécurité des patients, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique, Partie 5, Des fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre, disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guidegdrpages65a220.pdf>, consulté le 11/11/2015.

⁴⁴ DEJOUX Cécile, Gestion des compétences et GPEC, Edition Dunod, 2^{ème} édition, 2013, Paris, page 108.

⁴⁵ Chapitre 1, Management de l'Établissement, Partie 2, Management des Ressources, Référence 3.

Enfin, il faut évaluer l'activité, **mettre en œuvre des actions d'amélioration (c'est sur ce point que le projet s'appuie)** et s'assurer de leur efficacité (« Evaluer et Améliorer » E3). En effet, la politique d'accueil existe déjà mais elle doit être formalisée et mieux tracée.

2.5.2 Le rôle de l'encadrement : la gestion des risques et la sécurité des soins

2.5.2.1 La gestion des risques

Selon le CNRTL, la définition du risque est « *le danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou une activité* ». Plus la probabilité et la gravité sont élevées et plus le risque est, lui aussi, élevé.

Lorsqu'on replace la définition du risque à l'hôpital : « *Manager les risques à l'hôpital, c'est mettre en place une organisation pour identifier, analyser et réduire les risques. L'approche doit être transversale, basée sur la collaboration et l'échange d'informations entre tous les acteurs concernés par la sécurité* »⁴⁶. Plusieurs facteurs dans le système hospitalier sont à prendre en compte : l'organisation, les hommes (patients, personnels), les soins, la réglementation, les procédures, les services, le matériel et les moyens. Tous ces éléments peuvent présenter, à un certain moment, un éventuel danger suite à une défaillance. Un manque de personnels et / ou un comportement humain défaillant par exemple, demandent que le cadre de santé compose et réajuste avec ces difficultés. A ce titre, le cadre de santé accompagne les personnels pour une harmonisation des pratiques de soins en gardant une approche humaine individualisée et en limitant la standardisation des soins sans raisonnement clinique et donc sans appréciation de la situation.

L'objectif attendu, la sécurité du patient est « *un concept qui présente deux dimensions : la sécurité objective ou technique ; la mise en confiance du patient, et celle-ci passe fondamentalement par l'information et la communication* »⁴⁷, mais « *la sécurité à l'hôpital* » c'est aussi « *et surtout l'engagement de chacun, un engagement éthique, un questionnement quotidien sur ses pratiques* »⁴⁸.

⁴⁶ Adsp, ELLENBERG Eytan, Le management des risques à l'hôpital, en ligne, Décembre 2003, n° 45 page 64, disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad456366.pdf, consulté le 28/04/2016.

⁴⁷ Adsp, ELLENBERG Eytan, Le management des risques à l'hôpital, en ligne, Décembre 2003, n° 45 page 64, disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad456366.pdf, consulté le 28/04/2016.

⁴⁸ Adsp, ELLENBERG Eytan, Le management des risques à l'hôpital, en ligne, Décembre 2003, n° 45 page 66, disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad456366.pdf, consulté le 28/04/2016.

L'Évènement Indésirable (EI) est redouté. Il « désigne toute action qui s'écarte des procédures habituelles et qui a causé, ou pourrait causer, des dommages à la santé des malades, des visiteurs, des personnels ou des praticiens, à leurs biens, et à ceux de l'établissement ou entraîner un dysfonctionnement de l'organisation »⁴⁹. Gustave Roussy utilise un logiciel accessible à tout le personnel de déclaration d'EI appelé Blue Medi Santé. C'est un logiciel « qualité et gestion de risques ». Il permet, au vu d'une déclaration d'un EI, d'analyser les faits et d'apporter des mesures correctrices grâce à un REX (Retour d'Expérience), par exemple au sein du service. Cette culture d'analyse et de réajustement est de plus en plus présente au sein de l'Institution dans un but d'amélioration de la qualité de la prise en charge et non dans un souci de sanction.

L'objectif est d'agir en amont de ces EI, par une meilleure formation et une meilleure organisation de soins, pour tendre vers une gestion des risques *a priori* au lieu d'une gestion des risques *a posteriori*.

Comme le précise DUMAY⁵⁰, gestionnaire des risques, il faut différencier les risques « liés à la structure des bâtiments (...), à la protection des personnels (...), au pilotage socio-économique du système » et « les risques liés à l'activité de soins, spécifiques à un établissement de santé, communément appelés 'risque patient' ou 'risque clinique' ».

En 2015, 938 déclarations d'Événements Indésirables⁵¹ ont été réalisées, au total, sur GR dont 893 concernent les soins (par exemple, 15 complications liées aux soins, 26 extravasations, 163 chutes de patient et 73 erreurs d'identification). Par comparaison, en 2014, il y avait eu 785 EI au total dont 711 pour les activités de soins. Le nombre de patients pris en charge, à GR, a augmenté entre 2014 et 2015.

La V2014 de la certification prévoit dans les impacts attendus « un management de la qualité et des risques installé dans la réalité quotidienne des équipes de soins. Il doit donner du sens en termes de qualité de la prise en charge des personnes soignées et de qualité des conditions d'exercice »⁵². La gestion des risques va consister à minimiser les conséquences par la prévention et la protection au sein des équipes de soins au quotidien et à tendre vers un niveau de qualité maximale.

⁴⁹ GABA-LEROY C., BONNERY A.-M., MARANDE D., MICHOT P., Prévention des risques dans l'unité des soins, Edition Masson, 2003, Paris, page 16, Collection Encadrer à l'hôpital.

⁵⁰ DUMAY Marie-Françoise, La gestion des risques en établissement de santé, démarche qualité et certification, Soins n° 729, pages 37 à 39, Octobre 2008.

⁵¹ Résultats CoVIGIR, Gustave Roussy, Mars 2016.

⁵² HAS, La V2014, les enjeux, en ligne, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/la-v2014, consulté le 27/04/2016.

2.5.2.2 La qualité et la sécurité des soins

Dans une structure de santé, l'encadrement (Directeur des soins, Coordonnateur de soins, Cadres de santé) est garant d'une démarche qualité et d'une sécurité des soins.

Le coordonnateur de soins de département (cadre supérieur) a, entre autres, un rôle d'organisation et une démarche d'amélioration continue pour la qualité des soins infirmiers (EPP, prévention et gestion des risques, gestion des plaintes et des incidents...)⁵³. Il « *supervise le respect des protocoles en cohérence avec la politique qualité et gestion des risques, il coordonne l'évaluation et les actions correctives* » selon le document de travail des référentiels d'activités et de compétences du diplôme cadre de santé de décembre 2012⁵⁴.

Le cadre de santé, au quotidien, est garant de la qualité et de la sécurité des prestations soignantes pour son unité. Il doit à la fois anticiper le risque et être immédiatement réactif et prendre les mesures adaptées en cas de survenue d'un EI. Incontestablement, la sécurité hospitalière est indispensable, non seulement pour la santé des patients, mais aussi pour la protection des personnels. Le cadre doit mettre en place des outils de traçabilité et de contrôle de celle-ci, et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Il doit également mettre en place des actions d'amélioration permanente à partir du suivi de la qualité et de la sécurité des soins.

Le patient demeure, bien sûr, toujours au centre de la prise en charge de qualité. Il est le bénéficiaire de cette amélioration des pratiques.

D'autre part, dès la formation initiale, la compétence 7, du référentiel de compétences du Diplôme d'Etat d'infirmier (2009), correspond à « *Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle* ». L'infirmier est ainsi, dès sa formation, dans une démarche qualitative et d'approfondissement des connaissances. Cela l'accompagnera tout au long de sa carrière professionnelle.

Déjà, dans le guide du service de soins infirmiers de 2001⁵⁵ (2^{ème} édition), il était bien précisé « *la participation de l'infirmière à la qualité des soins dispensés dans l'institution* » (Norme 4), sous la forme du chapitre « *développement continu de la qualité des soins* ». De même dans la norme 4, des aspects généraux de l'exercice professionnel, il est décrit « *l'accueil et l'intégration de nouvelles collègues* ».

⁵³ Fiche de poste Coordonnateur de soins du Département, Direction des Soins, DRH, Gustave Roussy, Juin 2010, disponible sur : <http://intranet.gustaveroussy.fr>.

⁵⁴ Ministère des Affaires sociales et de la santé, direction générale de l'offre de soins, diplôme de cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences, document de travail, en ligne, décembre 2012, disponible sur : <http://www.smpsante.fr>, consulté le 27/10/2015.

⁵⁵ Guide du service de soins infirmiers, DORE Anne-Marie, Ministère de la santé, en ligne, 2001, page 26, disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf, consulté le 15/11/2015.

Cette étape est détaillée sous la forme de : « *L'infirmière, en concertation avec le cadre infirmier du service, participe à l'accueil et l'intégration de toute nouvelle collègue* » et « *L'infirmière accueille sa nouvelle collègue et facilite son intégration auprès de l'ensemble de l'équipe soignante et dans l'établissement, l'informe sur le profil de la population accueillie, des pathologies traitées, le projet de service, l'organisation des soins, la topographie du service, l'informe sur les risques professionnels auxquels elle peut être exposée et les conduites à tenir pour les prévenir, porte à sa connaissance les protocoles de soins, l'informe sur le fonctionnement des différents appareils médicaux et hôteliers* ». Dès lors, les normes en soins infirmiers s'inscrivent dans une démarche continue d'amélioration des pratiques et reflètent la volonté et la capacité des cadres à s'engager dans la gestion des risques.

En ce sens, l'outil de « *Passeport de compétences des infirmiers en oncologie* » rentre pleinement dans cet objectif de suivi, de traçabilité, d'évaluation, de prévention et d'amélioration des conditions de travail pour une meilleure sécurité des soins et une prise en charge optimale des patients.

Sur un modèle de MAGNETS HOSPITALS (USA)⁵⁶, hôpital attractif ou magnétique, dont le concept est « *a hospital with good working and care conditions* », l'objectif est une qualité des soins maximale avec une satisfaction professionnelle des infirmières, étayée pour limiter leur renouvellement et maîtriser les conflits. L'hôpital magnétique ou attractif n'obtient son appellation que s'il est certifié par le Centre d'accréditation des infirmières américaines (ANCC - American Nurses Credentialing Center).

En France, la HAS certifie les établissements grâce à une procédure externe d'évaluation, l'accréditation. Mais cette évaluation ne porte pas particulièrement sur les soins infirmiers. Elle porte, pour 14 thématiques sur 20 (V2014), sur la prise en charge du patient et n'est pas conduite par des infirmiers. Cependant, la gestion des risques fait, évidemment, partie du manuel de certification.

⁵⁶ CANASSE Serge, Comment rendre un hôpital attractif, Organisation des soins, en ligne, Octobre 2008, <http://www.carnetsdesante.fr/Comment-rendre-un-hopital>, consulté le 14/11/2015.

2.6 LA COMPETENCE EN CANCEROLOGIE

INVENTER, SOIGNER, SOUTENIR et TRANSMETTRE⁵⁷, tels sont les mots qui résument Gustave Roussy et sa philosophie, « être le futur aujourd'hui ».

TRANSMETTRE « pour former les chercheurs et les équipes soignantes de demain aux futurs métiers de la cancérologie, en France et à l'international »⁵⁸.

Cette notion fondamentale va être le fil conducteur de mon travail pour maintenir et développer les compétences, thématique du projet de soins, Axe 3, Gestion des activités paramédicales.

2.6.1 La définition de la compétence

La qualité de l'accompagnement et la transmission des savoirs et des compétences favorisent le développement professionnel durable avec une envie d'évolution dans les pratiques quotidiennes. L'objectif est la professionnalisation tout au long de sa carrière.

La définition de la compétence est très vaste. Selon Le BOTERF⁵⁹, « la compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela, il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources ». Elle ne se résume plus uniquement à une somme de savoirs « faire » et de savoirs « être ». Le professionnel doit évidemment mobiliser ses connaissances théoriques et pratiques avec une attitude adaptée mais il doit aussi les organiser en situation de travail, les analyser, les mettre en mots et les prioriser.

La compétence requise, celle des référentiels de compétences, est à différencier de la compétence réelle, celle que construit l'individu et qui est invisible. En effet, la compétence réelle va être mise en œuvre dans une activité. L'évaluation peut se faire sur une appréciation du travail réel et des activités. Cette évaluation est indispensable pour déterminer si une personne réalise efficacement son travail.

Notons que la compétence s'entretient. En effet, sans mise à jour régulière des connaissances et sans formation continue, elle se perd.

⁵⁷ Rapport annuel 2014, Gustave Roussy, Etre le futur d'aujourd'hui, en ligne, page 5, disponible sur : <http://www.gustaveroussy.fr/fichiers-statiques/flipbooks/rapportannuel2014/index.html>, consulté le 14/10/2015.

⁵⁸ Rapport annuel 2014, Gustave Roussy, Etre le futur d'aujourd'hui, en ligne, page 5, disponible sur : <http://www.gustaveroussy.fr/fichiers-statiques/flipbooks/rapportannuel2014/index.html>, consulté le 14/10/2015.

⁵⁹ Le BOTERF Guy, De quel concept de compétences avons-nous besoin ?, Dossier les compétences de l'individuel a collectif, Soins cadres n° 41, en ligne, Février 2002, p 1/3, disponible sur : <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>, consulté le 01/01/2016.

En quelque sorte, si l'individu n'augmente pas ses compétences, il risque de perdre en compétence. Comme l'écrivent PIERRE et AREZKI, « *La formation, l'apprentissage individuel et collectif, la polyvalence sont organisés sur le long terme et participent à la professionnalisation et à l'employabilité des salariés* »⁶⁰. De plus, elle a une dimension individuelle (la personne) et une dimension collective (l'environnement). Il s'agit d'interagir avec autrui pour développer ses compétences. Comme le précise ALTER, « *La compétence est en effet devenue collective : elle exige de savoir s'associer et d'échanger avec les autres* »⁶¹.

Ainsi, le cadre de santé doit manager par compétence plutôt que par ETP (Equivalent Temps Plein) pour maintenir la motivation de son personnel. Il doit pouvoir identifier les situations communes, les actes communs (prise de sang, transfusion, injections...) et les actes spécifiques.

Le « Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie » va déterminer le « commun » sur GR.

2.6.2 La formation Licence-Master-Doctorat

Depuis l'arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, après l'évolution et la refonte de la formation infirmière de 1992, l'acquisition de compétences (référentiel d'activités et de compétences) valide l'obtention du diplôme d'Etat pour répondre aux exigences du dispositif LMD (Licence-Master-Doctorat). Dans l'objectif affiché de professionnaliser le parcours de l'étudiant, une des finalités est d'amener celui-ci à devenir un soignant autonome et réflexif. Il ne s'agit plus de placer l'étudiant dans une simple capitalisation de savoirs mais d'entrer dans une dynamique d'acquisition de connaissances à construire et à mobiliser en situation de soins.

Dans ce contexte, la pratique réflexive est une posture centrale favorable à l'entretien du raisonnement clinique *a posteriori*, le « pourquoi » sur des actions. Elle permet de revenir sur sa pratique et ainsi de « décortiquer » ce qui a été fait. L'Analyse de Pratiques Professionnelles (APP) entre dans cette posture. Elle conditionne le futur professionnel à s'auto-observer. Elle permet d'enrichir les compétences tant individuelles que collectives.

⁶⁰ PIERRE Christèle, AREZKI Saïd, Dans DEVIN Bernard, JOUVENOT Christian, LOISIL Florence, Du management des compétences au management du travail, Editions du réseau ANACT, 2009, Lyon, page 124.

⁶¹ ALTER Norbert, Donner et prendre, la coopération en entreprise, Edition La Découverte, 2009, 2010, Paris, page 12, Collection Sciences humaines et sociales.

2.6.3 Les compétences en oncologie : des CLCC à l'international

Dans la Charte des CLCC (UNICANCER)⁶² de juin 2012, en 10 points, il est écrit au niveau du modèle de prise en charge en cancérologie n° 9 : « *Le développement des compétences des salariés des centres par la gestion des parcours professionnels* ».

L'European Oncology Nursing Society (EONS) a élaboré en 1991 puis approuvé en 1998 et réévalué en 2005 un programme pour une formation post-diplôme en soins infirmiers en oncologie. Les objectifs d'apprentissage sont mis en parallèle avec les compétences professionnelles. Il est estimé que plus de 13 pays s'en servent comme base de l'enseignement. A ce titre, le Canada a beaucoup travaillé sur les compétences en oncologie.

En effet, il existe « *les normes de soins, rôles infirmiers en oncologie, et compétences relatives aux rôles infirmiers* »⁶³. Cet ouvrage est rédigé par l'Association Canadienne des Infirmières en oncologie/Canadian Association of Nurses in Oncology (ACIO/CANO) ainsi que les normes et compétences pour la pratique infirmière liée à la chimiothérapie.

Le Canada a aussi une certification infirmière en oncologie (Plan directeur de l'examen et compétences de la spécialité) depuis 2009, rédigée par l'association des infirmières et infirmiers comprenant huit catégories de compétences (prévention, diagnostic, maladies cancéreuses, modalités de traitement, gestion des symptômes et du traitement, soins de soutien, continuité des soins et éthique) de comportements globaux et spécifiques. Cette certification comprend 165 questions (Questionnaires à Choix Multiples : QCM). C'est un examen de certification en oncologie, valable 5 ans, qui nécessite une mise à jour ou des activités démontrées.

2.6.4 « Le manager, développeur de compétences »⁶⁴

Le manager permet aux collaborateurs de développer ses compétences grâce à une implication, une responsabilisation et un rapport de confiance qui s'installent petit à petit.

« *Le manager, par sa fonction et sa mission au sein de l'organisation, est un catalyseur de confiance* »⁶⁵ selon SYLVESTRE. La confiance demande du temps et repose sur un échange de valeurs entre les différents protagonistes. Le management durable s'installe sous le même axe que le développement durable, en fonction des besoins et des différents enjeux.

⁶² Unicancer, La Charte UNICANCER, en ligne, Juin 2012, disponible sur : http://www.unicancer.fr/sites/default/files/Charte_UNICANCER_francais.pdf, consulté le 13/01/2016.

⁶³ Association canadienne des infirmières en oncologie, Normes de soins, rôles infirmiers en oncologie et compétences relatives aux rôles infirmiers, en ligne, Juillet 2001, disponible sur : http://www.aqio.org/docs/normes_de_soins_francais.pdf, consulté le 13/01/2016.

⁶⁴ Titre du livre de Nathalie Esnault, Guide pour managers et collaborateurs, ESF Edition, 11/01/2005.

⁶⁵ SYLVESTRE Carole, Confiance et Management, De la confiance naît la performance, Soins cadres n° 96, Novembre 2015, page 15.

Pour cela, la communication et l'interaction vont être indispensables dans le collectif (ou l'équipe) pour une plus grande efficacité ou performance et donc une meilleure efficience. Le soignant effectue des tâches individuelles au sein d'un collectif de travail, « *Il faut faire confiance à un soignant mais aussi aux compétences qu'il possède* »⁶⁶. D'autre part, GEORGET et SENEMEAUD⁶⁷ précisent dans un tableau que le groupe ne pourra pas gérer une situation complexe. Il faut donc simplifier ces situations pour une résolution par le collectif.

Dans le contexte actuel, l'hôpital doit évoluer et s'adapter aux nouvelles générations de professionnels. Le parrainage ou le tutorat va s'imposer et ainsi permettre une transmission des savoirs dans une équipe intergénérationnelle.

Après la génération X (née entre 1965 et 1980), la génération Y (née à partir de 1980) arrive la génération Z (après 1990) encore plus numérique que la génération Y. Les supports doivent alors s'adapter. Selon LAMBERT, « *Ils sont des utilisateurs inconditionnels des technologies de l'information et de la relation qui n'ont jamais été, pour eux, de 'nouvelles technologies', puisqu'ils sont nés avec elles* »⁶⁸.

La génération Y est la génération du multimédia et du numérique (ordinateur, téléphone portable...), de la technologie et du tout, tout de suite. Elle a tendance à privilégier les activités personnelles avant le planning de travail, elle aime le changement (d'où le turnover et la difficulté de fidélisation des IDE), la liberté et l'absence de contraintes. En effet, « *(...) Il va être professionnellement vital pour les membres des jeunes générations de diversifier leurs expériences professionnelles pour élargir le champ de leurs compétences et, par là même, accroître leur employabilité* »⁶⁹. Les nouveaux collaborateurs ont envie de formations, de développer leurs compétences...

La nouvelle génération amène à transformer les organisations dans le milieu hospitalier. Le passage aux 12 heures (au lieu de 8 h/j) pour les infirmiers à Gustave Roussy en est un exemple et a permis de recruter plus facilement. Le management doit s'adapter lui aussi à cette génération Y très demandeuse d'écoute, d'explications et de négociation.

⁶⁶ De BOVIS-VLAHOVIC Camille, Le rôle de la confiance dans les pratiques de travail, dossier confiance et management, Soins cadres n° 96, Novembre 2015, page 18.

⁶⁷ GEORGET Patrice, SENEMEAUD Cécile, La psychologie sociale : présentation partielle et partielle, Séminaire le 20 Octobre 2004, en ligne, page 26, disponible sur : www.discip.ac-caen.fr/echo-gestion/.../conference_du_24-10-04_en_psychologie.ppt, consulté le 21/05/2016.

⁶⁸ LAMBERT Jacques, Management intergénérationnel, Gestion des Ressources Humaines, France, Editions Lamarre, 2009, page 240, Collection Fonction cadre de santé.

⁶⁹ LAMBERT Jacques, Management intergénérationnel, Gestion des Ressources Humaines, France, Editions Lamarre, 2009, page 207, Collection Fonction cadre de santé.

Selon LAMBERT⁷⁰, « si les nouvelles générations ont du mal à vivre des relations de subordination qui ne leur sont pas familières, elles sont à l'aise dans les relations qui s'inscrivent dans le registre de la coopération et du partenariat entre pairs ». **« Le Passeport de compétences des infirmiers en oncologie » va correspondre à cette évolution avec le tutorat et l'évaluation par les infirmiers référents ou experts.**

C'est rassurant pour le jeune professionnel d'avoir un document écrit pour le guider dans ses apprentissages en entrant dans l'organisation complexe qu'est l'hôpital. Ce passeport sera informatisé par la suite pour répondre aux évolutions technologiques et managériales. Les nouveaux arrivants sont toujours demandeurs de documents papiers sur les pathologies du service, les activités, les soins.... Ils attendent que l'encadrement prenne en compte leurs attentes et leurs particularités.

La génération Z arrivera sur le marché professionnel très prochainement. C'est la génération des réseaux sociaux (Facebook, Twitter...). Elle va vite, elle négocie aussi et est en permanence en recherche d'informations dans tous les domaines. Elle envisagera alors seulement la version informatique.

En lien avec le projet d'établissement et organisé par la DRH, 100 professionnels de Gustave Roussy sont reçus en groupe par un consultant extérieur pour le thème « Innovation Managériale ». Ces professionnels, tous métiers confondus, doivent donner leurs visions et leurs attentes du manager. Ensuite, des managers vont être amenés à se confronter à cette réflexion. L'objectif exprimé étant de faire évoluer les pratiques managériales pour s'adapter aux nouveaux professionnels. Une restitution sera faite en réunion des cadres par la suite. Dans les six postures managériales attendues par les salariés, la confiance semble être l'attribut dominant des premiers échanges avec le besoin que les managers tiennent leurs engagements et encouragent l'autonomie.

2.6.5 La professionnalisation et la qualité de vie au travail

La professionnalisation est définie, par le CNRTL, comme « *un état, caractère de ce qui est rendu professionnel, le fait de devenir un professionnel* ». L'objectif est de poursuivre l'élan de professionnalisation à l'issue de la formation grâce à un accompagnement de l'équipe, des pairs et du cadre et grâce à un travail de transmission de connaissances et de compétences. C'est un des leviers d'actions possibles.

⁷⁰ LAMBERT Jacques, Management intergénérationnel, Gestion des Ressources Humaines, France, Editions Lamarre, 2009, page 213, Collection Fonction cadre de santé.

Le cadre de santé joue un rôle essentiel pour la professionnalisation. Il évalue les connaissances du nouvel embauché et réalise des évaluations régulières pour accroître les compétences. Il est responsable des outils pédagogiques existants et de l'amélioration de l'autonomie du nouvel arrivant. Le cadre de santé établit la cartographie des compétences. Le cadre supérieur de santé vérifie la cohérence de celle-ci et conforte sa vision avec celle du terrain. Les soignants de Gustave Roussy ont les conditions de travail et les moyens pour un développement professionnel continu en tenant compte des besoins croissants des patients.

Le cadre de santé, par une analyse bienveillante, porte attention à l'humain et donc à l'équipe qu'il manage au sein de l'Institution pour la faire grandir. En considérant que la « *Responsabilisation rime avec professionnalisation : le vrai professionnel est celui qui assume ses responsabilités, et c'est par l'exercice de sa responsabilité qu'il devient un professionnel* »⁷¹.

De fait, la Qualité de Vie au Travail (QVT) est recherchée. L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 Juin 2013, procure une liste d'éléments descriptifs concernant la QVT, parmi lesquels certains sont directement liés au projet : « *la qualité de l'engagement de tous à tous les niveaux de l'entreprise* », « *la qualité de l'information partagée au sein de l'entreprise* », « *la possibilité de réalisation et de développement personnel* » et « *la qualité du contenu de travail* »⁷².

En effet, un engagement participatif, une bonne entente avec les collègues, la qualité des soins, un parcours professionnalisant et de la formation sont des éléments essentiels pour le bonheur au travail et favorables à une intégration performante.

2.6.5.1 L'intégration

L'intégration se définit, selon le CNRTL⁷³, comme « *Action d'incorporer un ou plusieurs éléments étrangers à un ensemble constitué, d'assembler des éléments divers afin d'en constituer un tout organique ; passage d'un état diffus à un état constant, résultat de l'action (...)* » ou selon le Larousse⁷⁴, comme « *Action d'intégrer ; fait pour quelqu'un, un groupe, de s'intégrer à, dans quelque chose* ».

L'arrivant dans un établissement, nouvel IDE, découvre un environnement inconnu avec des nouveaux rythmes, un fonctionnement méconnu, une organisation différente, des systèmes d'informations spécifiques... Il découvre des pratiques professionnelles qu'il connaît mal ou pas du tout. Il va tenter de transférer les apprentissages théoriques à la pratique de terrain.

⁷¹ JOUVENOT Christian, Du management des compétences au management du travail, Editions du réseau ANACT, 2009, Lyon, page 20.

⁷² HOFFEL Olivier, L'ANI sur la QVT et l'Egalité Professionnelle, en ligne, 13 Juillet 2013, disponible sur : <http://laqvt.fr/lani-sur-la-qvt-et-legalite-professionnelle>, consulté le 21/04/2016.

⁷³ Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr>.

⁷⁴ Disponible sur : <http://www.larousse.fr>.

L'arrivée d'un « nouveau » dans une équipe peut amener une remise en cause de l'équilibre de cette équipe. Elle peut être vécue comme une charge, une contrainte, une concurrence... Le stress peut être de part et d'autre. A cet instant, l'accueil détermine en partie la relation qui s'instaure pour la suite.

De son côté, l'Institution va attendre du nouvel embauché qu'il assure des soins de qualité en étant le plus rapidement possible opérationnel grâce à un accompagnement rigoureux afin d'éviter une démotivation ou des écarts de bonnes pratiques.

2.6.5.2 La simulation en santé

La simulation en santé rentre dans un processus de professionnalisation, elle permet aux professionnels d'être au contact de l'acte de soins dans ses différentes dimensions.

« Le terme Simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels »⁷⁵.

Des films e-learning (formation en ligne) sont en cours d'élaboration avec des situations de soins ainsi que des quizz. Un film « entretien d'accueil patient » a, également, été réalisé.

L'établissement s'est doté de mannequins (bustes) à destination de tous les professionnels infirmiers pour la manipulation des voies veineuses. Les mannequins sont à emprunter à la Direction des Soins pour des ateliers « pratiques » de pose de perfusion. La mise à disposition du matériel et la planification de son utilisation sont organisées par le cadre, en relais de la Direction des Soins, pour les nouveaux embauchés dans les 4 semaines d'encadrement, ou même après, pour des réactualisations de pratiques ou des présentations de nouveaux matériels.

⁷⁵ HAS, Rapport de mission, État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins, Chambre des représentants USA, 111th congress 02-2009, en ligne, Janvier 2012, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf, consulté le 28/04/2016.

2.6.6 Le développement professionnel et la formation continue

2.6.6.1 Le Développement Professionnel Continu

La loi HPST de 2009 a créé le Développement Professionnel Continu (DPC) qui est devenu obligatoire pour tous les professionnels de santé au 1^{er} janvier 2013. L'objectif est la qualité et la sécurité des soins grâce à des formations agréées (individuelle ou en groupe) et des évaluations de pratiques (audits, RMM/CREX - Comité de retours d'expérience...).

L'article 28 de la loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise le DPC. L'article : Art. L. 4021-1. - Le développement professionnel continu constitue une obligation pour les professionnels de santé. *« Il a pour objectif l'amélioration des pratiques des professionnels de santé par l'actualisation et le développement des compétences, compte tenu des domaines d'action et des objectifs prioritaires d'amélioration de la santé portés par la stratégie nationale de santé. Il associe l'analyse, l'évaluation des pratiques professionnelles et le perfectionnement des connaissances sur la base des recommandations des conseils nationaux professionnels de spécialité et selon des méthodes validées par la Haute Autorité de santé (...) »*⁷⁶.

L'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) enregistre, coordonne et contrôle les organismes de DPC. Il est remplacé par l'ANCPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu) dans la loi de modernisation de notre système de santé (article 114). C'est un Groupement d'Intérêt Public (GIP).

Gustave Roussy a, bien sûr, intégré un programme de DPC au sein de l'établissement. Le renforcement du DPC par la loi de 2016, appuie l'idée du portfolio retraçant l'ensemble des actions qui seront réalisées par les professionnels de santé et conforte donc l'idée du projet d'un outil de traçabilité de tout ce qui a été fait. Les EPP et les formations seront rajoutées au *« Passeport de compétences en cancérologie »* pour une version centralisée et informatisée.

2.6.6.2 La formation continue

Selon le Plan de Formation 2015 de GR, la formation professionnelle continue c'est 3,56 % de la Masse Salariale Brute avec une progression de 23 % pour les dépenses consacrées au coût pédagogique.

⁷⁶ LEGIFRANCE, Loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal Officiel n° 0022 du 27 Janvier 2016, en ligne, disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>, en ligne, consulté le 21/02/2016.

La répartition des axes de formation est en lien avec le projet d'établissement. En 2015, deux axes principaux (43 % chacun) ont été fixés, avec la qualité des soins (prise en charge des patients, suivi du dossier) et la qualité de la transversalité (lieux d'échanges, relations de travail, interactions entre services et entre collègues). 9 % sont consacrés à la qualité du management (organisation et relations de travail), 4 % à la qualité de vie au travail et 1 % à la qualité des parcours.

Au-delà du plan de formation, il existe, depuis le 01/01/2015, le CPF, Compte Personnel de Formation, financé par l'employeur Gustave Roussy sur le budget formation. Il remplace le Droit Individuel à la Formation (DIF), et c'est un droit attaché à une personne et non à son statut.

Les formations, choisies sur une liste officielle par les salariés, concourent à des parcours professionnels de qualité. Les besoins de formations sont déterminés lors des Entretiens Annuels d'Evaluation (EAE) réalisés par les managers directs (n+1) ou lors des entretiens professionnels (tous les deux ans), menés par le chargé de carrière et le responsable formation.

Une fois l'étude environnementale (territoriale, institutionnelle, etc.) réalisée, je vais développer la partie projet depuis la réflexion jusqu'à la réalisation.

3 LE PROJET

3.1 LES ENJEUX ET LES OBJECTIFS

- **Optimiser l'intégration des nouveaux embauchés**

La multiplicité des supports d'encadrement par service, pour la nuit et pour le jour (deux gros classeurs de guides d'évaluation recensés, 20 documents différents) montrent bien cette volonté d'encadrer et de former de la part des cadres et des tuteurs (IDEC, infirmiers référents, infirmiers experts), pendant ces 4 semaines spécifiques d'intégration. Maintenant, il s'agit d'organiser, de prioriser et de tracer cette formation autour d'un tronc commun, d'une trame solide de compétences. Le socle commun va servir de guide pour l'encadrant.

A partir de Janvier 2016 et de manière formalisée, les coordonnateurs de l'ensemble de l'hôpital ont comme objectifs de faire réaliser 3 audits de pratiques aux nouveaux embauchés de leur département, par l'intermédiaire du cadre de proximité, et selon les soins spécifiques du service. L'objectif est : 100 % des nouveaux IDE ont trois EPP à leur arrivée. Il s'agit par exemple, pour le service d'ORL (chirurgie et chimiothérapie) où je travaille, de faire une EPP sur les soins de trachéotomie, une sur les soins de la trachéostomie et une sur les voies veineuses centrales (VVC). Ces EPP étaient réalisées mais conservées et archivées dans mon bureau. Elles étaient non quantifiables et non tracées par la Direction des soins. L'établissement veut ainsi consolider la pratique des EPP et aussi leur traçabilité.

- **Améliorer de manière continue la qualité et la sécurité des soins et créer un support unique informatisable (2^{ème} temps) de suivi dans le cadre du DPC (EPP)**

Il va s'agir de manière institutionnelle de tracer les compétences acquises, de structurer le discours pédagogique, en uniformisant les guides existants dans leur présentation avec la réalisation d'un outil unique papier. Dans le futur, un archivage informatique nominatif du passeport « formations, compétences » est prévu. Le soignant le gardera tout au long de son parcours dans l'Institution et à son éventuel départ de Gustave Roussy. C'est donc un processus de validation et d'acquisition des compétences.

« *Le Passeport de compétences en cancérologie* » servira aussi pour le personnel infirmier de l'hôpital de Chevilly-Larue, récemment rattaché à Gustave Roussy « Villejuif » (Janvier 2015).

Le choix du nom du support d'encadrement a été réfléchi dans le groupe projet et j'ai recensé notre réflexion dans un tableau (Cf. ANNEXE 8). Le nom de « *portfolio* » n'a pas été retenu car trop « étudiant ».

Le « portefeuille » non plus car il existe déjà « le portefeuille de compétences » pour la validation des acquis de l'expérience. Le groupe projet s'est orienté sur le titre « *Passeport de compétences en cancérologie* » pour intégrer l'idée de « laissez-passer, autorisation de travailler » en lien avec le terme passeport. Un brainstorming va être réalisé lors du dernier regroupement de chaque groupe de travail autour du choix du nom pour permettre d'obtenir un titre, compris et validé, par le plus de participants possibles. Ce sera ainsi la signature des groupes.

Ce projet est donc un projet transversal impliquant les différents responsables d'unités et concernant le personnel infirmier dans un premier temps, le but étant d'apporter aussi une attractivité (et une fidélisation du personnel, moins vraie actuellement). C'est un outil unique, novateur et non répétitif.

L'objectif dans le futur est de créer un support d'encadrement « *Passeport de compétences des aides-soignants en cancérologie* », sachant que certains items vont être communs au passeport des IDE. Une partie du travail sera, ainsi, déjà réalisée pour les AS. Le coordonnateur du département de radiologie travaille lui, en parallèle, sur un support commun pour les manipulateurs radios.

C'est un projet de recherche-action. En effet, le groupe s'efforce de faire avancer les choses et effectue le travail pratique. Le but est de donner des résultats le plus rapidement possible.

Mon travail va consister, grâce aux cadres des unités, à une acceptation de la production intellectuelle et à une appropriation individuelle.

- **Accompagner chaque salarié tout au long de sa carrière (RH et GPEC) et développer un parcours professionnel en cancérologie**

En 1997, la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) est définie dans le guide, piloté par la Direction des Hôpitaux, comme « *la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents* :

- *Visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences ;*
- *En fonction de son plan stratégique ou au moins d'objectifs à moyens termes bien identifiés ;*
- *Et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle »⁷⁷.*

La GPEC permet de mettre en adéquation les Ressources Humaines (RH) en fonction des besoins de l'hôpital (anticipation et prévention), d'harmoniser les compétences et d'accompagner le changement. Des tableaux de bord sont établis par les RH en lien avec les différents indicateurs (absentéisme, pyramide des âges, effectifs, turnover...).

Les chargés de carrière au sein de la DRH de Gustave Roussy (accompagnés par un responsable formation) reçoivent le personnel (toutes professions confondues) tous les deux ans (début en Janvier 2016) pour un entretien professionnel permettant de définir les ambitions de chacun pour mieux anticiper et se projeter.

Le professionnel va ainsi avoir un accompagnement personnalisé. Il va prendre des renseignements et émettre des souhaits d'évolution, de formations internes ou externes... Le développement des compétences s'organise autour de deux types de formations, tout d'abord collectives (formations en lien avec le plan de formation) et ensuite individuelles (définies lors des Entretiens Annuels d'Evaluation (EAE) ou lors de l'entretien professionnel), l'objectif étant une montée en compétences tout au long de la carrière.

Les coordonnateurs de soins, les cadres de département et les cadres de santé font la liaison entre l'Institution et sa politique, et la gestion des hommes et de leurs compétences.

- **Favoriser les échanges interprofessionnels et intergénérationnels**

Le projet et son application vont permettre des échanges dans un but de performance et d'efficacité afin d'améliorer la prestation de soins.

⁷⁷ Direction des Hôpitaux, Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, Ministère de la santé, Mai 1997, Dans LUCAS André, Le développement des ressources humaines, Politiques, méthodes, outils, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Editions Presses de l'EHESP, 2^{ème} édition, 2014, page 33.

Il va s'agir de comprendre l'environnement complexe de travail au sein de l'institution. A ce titre, les échanges interprofessionnels au sein des groupes créent une ouverture et un enrichissement pour tous. La génération Y, présente au sein de l'Institution, nécessite une adaptation de l'encadrement et de l'hôpital dans les moyens de communication, la réactivité et/ou l'anticipation, la reconnaissance et l'écoute par exemple. Le fait de formaliser les « passeurs » de compétences grâce au projet et de réaliser des analyses des pratiques apporte un nouveau regard sur le travail et ses adaptations.

Dans le cadre du projet « Innovation managériale » mené par la DRH (principalement pour les salariés de moins de 3 ans d'ancienneté) et en lien avec le projet d'Etablissement, les salariés semblent avoir répondu majoritairement qu'ils attendaient de leur manager de « *la confiance* », « *des encouragements* » et de pouvoir « *bénéficier d'un développement professionnel* ».

- **Favoriser la mobilité interne, les mutations**

Le « Passeport de compétences » va permettre un transfert des informations entre cadres lors de mutation interne tout comme le support d'EAE que les cadres se transmettent au changement de service, afin de suivre et de déterminer les objectifs et les formations à venir. Un questionnaire de satisfaction (DRH), auprès des personnels (toutes professions confondues) ayant été mutés dans les derniers mois, est en cours d'analyse au sujet de la mobilité au sein de GR et du vécu de son processus. Les premiers résultats semblent satisfaisants et les mutations internes semblent s'être bien passées.

- **Poursuivre l'attractivité et gagner du temps**

L'encadrement de Gustave Roussy est une plus-value pour les jeunes professionnels. Tous les établissements ne proposent pas un encadrement aussi formalisé. De plus, la traçabilité permettra moins de perte de temps et moins de perte d'informations au final pour un suivi plus efficace.

3.2 LE POINT DE DEPART DU PROJET

(cf. ANNEXE 7: Diagramme de Gantt : Projet création et mise en place du « *Passeport de compétences en cancérologie* »).

Après une généralisation et donc une uniformisation du dossier de soins informatisé (logiciel DxCare) dans l'établissement et toujours dans la logique de traçabilité, le choix d'un support d'encadrement des nouveaux embauchés est en projet.

3.2.1 Le contexte

Dans un contexte d'erreur médicamenteuse ayant entraîné la mort d'un homme de 61 ans, dans un autre Etablissement CLCC du sud de la France, affaire médiatisée par ailleurs, la question a été posée, au Directeur des soins de l'Etablissement concerné, de savoir quelles étaient l'information et la formation que les soignants (étudiante infirmière et infirmière) avaient reçue dans cette structure. Le patient a reçu une injection de chlorure de potassium destinée à un autre patient au lieu d'une injection de corticoïdes. L'idée de tracer et d'uniformiser le support d'encadrement des nouveaux embauchés part de cette expérience, connue de notre Directeur des soins, pour une meilleure qualité et sécurité des soins.

Le projet correspond à l'axe 3 du projet de soins, gestion des activités paramédicales, sur la thématique « *maintenir et développer les compétences* » afin de définir un programme complet d'intégration et d'évaluation à l'attention des nouveaux arrivants pour standardiser l'accueil sur Gustave Roussy et mieux formaliser la qualité de l'accueil (Projet d'Etablissement 2015/2020).

Sur un second plan, la certification V2014 qui va se dérouler en 2017 sur GR (Villejuif et Chevilly-Larue) a également une incidence sur ce projet.

3.2.2 Mon expérience

Suite au projet managérial de Master 2 (2010/2011) du coordonnateur de soins du département Chirurgie/Cancérologie Cervico-Faciale (CCF), un programme d'acquisition des connaissances pour les nouveaux infirmiers en ORL a été rédigé et mis en place sur les deux services d'ORL de l'établissement. Cet outil commun est un sérieux avantage pour ces deux services. Un exemplaire est rempli par le nouvel IDE et un exemplaire par le cadre de santé et l'infirmier de coordination (IDEC). C'est un outil que j'utilise depuis 5 ans pour tous les nouveaux embauchés en tant que cadre de santé en cancérologie cervico-faciale. Il permet un suivi de ce que le soignant connaît, de ce qu'il reste à voir, à faire ou à expliquer. Il permet de mutualiser le personnel entre les deux services, et de se transmettre les évaluations et le suivi entre collègues cadres pour une mutation en interne par exemple. Le personnel infirmier passe une semaine dans l'autre service d'ORL sur les 4 semaines d'intégration pour voir une organisation différente, des soins divers... Le bilan est fait toutes les semaines.

D'autre part, j'accueille au sein de mon service un infirmier de nuit, 2 jours en 12 heures, pendant son encadrement pour qu'il puisse également mesurer le travail de jour. La coordination se fait avec le cadre de nuit.

Gustave Roussy a toujours eu une politique d'accueil pour les nouveaux embauchés. Cette politique d'accueil de 4 semaines m'a incité à postuler en 1999 dans l'Etablissement alors que j'étais étudiante infirmière, en dernier stage de 3^{ème} année. J'ai par la suite bénéficié de cet encadrement en sortie de diplôme pour mon premier poste en chirurgie générale.

3.2.3 La politique d'accueil des nouveaux embauchés

3.2.3.1 L'accueil et la période d'encadrement

Après les entretiens d'embauche (DRH et coordonnateur de département), le service d'affectation déterminé, l'aptitude donnée par le médecin du travail, la signature du contrat, l'obtention des tenues et du badge, arrive l'accueil dans l'unité de travail. Le nouvel embauché est pris en charge dans le service, par le cadre et l'IDEC, qui lui présentent le service, les locaux et ses collègues. Le planning est donné, les points essentiels sont exposés et les modalités de gestion expliquées. Débute alors le parcours d'intégration se déroulant sur 4 semaines. Des exceptions apparaissent la nuit pour la durée d'intégration. En effet, les IDE sont mobiles sur plusieurs services et départements et l'encadrement est donc prolongé. En Réanimation, de jour comme de nuit, le temps d'encadrement est augmenté aussi du fait de la spécificité.

Quels que soient le service et le temps d'intégration, le nouveau salarié a un matricule. Il est affecté à un poste et il n'est donc pas possible de commander du personnel sur ce poste sauf exception. Le motif de remplacement « tutorat » peut être utilisé dans certaines problématiques et configurations de plannings avec accord du Directeur des Soins. La personne récemment embauchée apparaît sur les plannings mais ne sera pas opérationnelle tout de suite. Le temps d'encadrement de 4 semaines peut être prolongé si nécessaire et en fonction des difficultés perçues.

Le temps de travail par jour pendant l'encadrement est variable en fonction des services ou des départements de GR. En effet, certains services forment les nouveaux arrivants en 8h/j, 5j/7 (6h45/15h45 ou 10h15/19h15 avec 1 heure de repas) ou en 12h/j, 3j/7 (6h45/19h15 avec 1/2h de repas).

Pour comparer, j'ai recensé dans un tableau les avantages et les inconvénients d'une intégration en 8h/j ou en 12h/j.

Encadrement en 8h/j (plutôt en chirurgie)		Encadrement en 12h/j (plutôt en médecine)	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
Plus de présence dans le service, donc voit plus de choses	Point de transmission matin ou soir mais pas les deux	Même planning que l'IDE référent, en 12h (même si cela ne favorise pas la multiplication des modèles)	Moins de jours de présence en encadrement
Rencontre plus de professionnels différents	Nouvel embauché en 8h/j et IDE déjà en poste 12h/j	Moins de transport (3j de travail par semaine au lieu de 5)	Repos d'une semaine entre deux cycles de travail, certaines fois, encadrement coupé
Organisation du planning plus compatible avec les consultations, le comité, la présence au bloc... prévus dans le parcours d'encadrement en chirurgie par exemple	Génère 2 RTT sur le mois d'encadrement (à poser dès que possible)	Ne génère pas de RTT	Si le nouveau soignant suit le planning de l'IDE, les WE sont compris et l'IDEC ou le cadre de santé n'est pas là les WE pour le suivi de l'intégration

Tableau 5 : Avantages et inconvénients d'un encadrement infirmier en 8h ou en 12h par jour à GR

Le projet n'a pas permis de prioriser l'une ou l'autre des solutions. Cela reste libre à l'appréciation du cadre de santé en fonction du secteur d'activités, décision prise avec le Directeur des soins. La possibilité de commencer 3 semaines en 8h et la 4^{ème} semaine en 12h existe aussi, selon l'autonomie du nouvel arrivant et selon le secteur.

3.2.3.2 L'encadrement au quotidien

Il est important de définir qui encadre le nouvel arrivant pour savoir qui va remplir le « *Passeport de compétences en oncologie* » et qui va être l'interlocuteur de référence.

En effet, plusieurs possibilités existent :

- Le cadre est responsable de l'accueil du nouvel embauché dans son service et du parcours d'intégration. Il transmet la culture de l'Institution et il est aussi un évaluateur des pratiques professionnelles.
- L'IDEC (Infirmier (e) de coordination), accueille les nouveaux personnels, participe à l'encadrement, évalue les compétences acquises, fait un retour de ses constatations et évaluations au cadre et propose des solutions d'ajustement. Il se positionne entre le cadre, l'équipe et le nouvel embauché. Son objectif est de le faire progresser dans ses acquisitions. Les IDEC (ex IDEP) sont présents dans les services, sous la responsabilité du cadre de santé (une IDEC pour 26 lits d'hospitalisation par exemple). Ils assurent l'organisation et le suivi du séjour patient en hospitalisation ou en ambulatoire et ont un rôle de référent auprès de l'équipe afin de garantir la qualité et la continuité des soins.
- L'IDE référent dans les soins ou IDE expert (nommé) transmet ses connaissances, évalue et fait part de ses remarques à l'encadrement. Comme le dit, ALTER : « (...) *Donner aux collègues conduits à militer pour l'efficacité, c'est-à-dire la capacité à tirer le meilleur parti des ressources disponibles* »⁷⁸.
- L'équipe de travail doit s'assurer que le nouvel arrivant s'intègre aisément. Elle doit lui transmettre les éléments du quotidien, les spécificités et répondre à ses interrogations.

Dans le cadre du contrat de génération, tel qu'il est prévu, celui qui fait le compagnonnage ou le parrainage n'est pas forcément l'IDE référent ou l'IDEC. Cela peut être le « senior » qui transmet son expérience. Ce n'est pas toujours réalisable sur le terrain car tous les services n'ont pas un senior.

Tout ce processus d'intégration ne peut se faire que si le nouvel IDE est un acteur « actif » qui se positionne, se questionne et cherche à progresser.

⁷⁸ ALTER Norbert, Donner et prendre, la coopération en entreprise, Edition La découverte, 2009, 2010, Paris, page 27, Collection Sciences humaines et sociales.

3.2.3.3 La formation « maîtrise des risques liés aux soins en oncologie »

Gustave Roussy organise la formation « accueil » appelée maintenant « *maîtrise des risques liés aux soins en oncologie* ». Elle se déroule actuellement sur 3 jours, soit 21 h, (auparavant sur 5 jours, elle existait déjà en 1990). Elle rentre dans le cadre du DPC (orientations n° 1 et n° 3) selon la liste des orientations nationales publiées au Journal Officiel du 2 Mars 2013. GR est inscrit à l'OGDPC (Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu) depuis 2013. L'orientation n° 1 contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients (connaissance de l'état de santé de la patientèle, promotion de parcours de santé, promotion des actions de prévention ou de dépistage...) et l'orientation n° 3, à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins ainsi que dans la gestion des risques (déclaration d'évènements indésirables, responsabilité juridique...). La formation concerne tous les nouveaux embauchés. Elle balaie en 21 heures les vigilances (identitovigilance, hémovigilance, pharmacovigilance), les responsabilités et les risques (cf. ANNEXE 9 Programme Formation Maîtrise des risques liés aux soins en oncologie). Ce sont des intervenants de GR qui enseignent. Ils sont médecin, pharmacien, cadre hygiéniste, cadre qualité, infirmier référent... Le directeur des soins intervient, entre autres, sur les valeurs et les obligations professionnelles.

Cette formation n'a lieu malheureusement que 2 fois par an. En 2015, elle s'est déroulée en juin et novembre et certains soignants y vont donc trop tardivement après leur embauche (quelques mois après) ou n'y vont pas du tout. En fonction de la date d'embauche et de la date de la formation, elle sera plus ou moins tardive dans le parcours. Cette formation doit être obligatoire dans le parcours formation. Auparavant, les dates étaient plus nombreuses mais les inscriptions n'étaient pas suffisantes. Il faut préciser que la formation était sur 5 jours et qu'il était difficile de libérer un IDE des soins pour 5 jours de formation, une fois qu'il était compté dans les effectifs.

Grâce à la responsable formation de GR, j'ai pu consulter et analyser les évaluations des participants à cette formation à 4 périodes différentes en 2014 et 2015. Mon intention était de connaître les attentes des participants en termes de contenus.

La qualité des intervenants et des apports théoriques est mise en avant dans ces résultats. Cependant, le fait que la formation arrive tardivement dans leur apprentissage est souligné et elle en devient presque redondante avec leur activité quotidienne et la formation reçue par l'infirmier de coordination.

La demande de cas concrets est clairement exprimée et une approche sur les soins palliatifs aurait été souhaitée par 4 soignants au moins. Cela va me servir de guide pour construire et rédiger le guide d'encadrement.

Sur les 25 arrivants IDE à Gustave Roussy interrogés (cf. ANNEXE 16, page 6/9), 22 n'avaient pas eu la formation et deux l'ont eu 3 à 6 mois après leur arrivée dans l'Etablissement.

3.2.4 Le parcours de formation

Le livret formation de GR est très complet avec des formations variées et nombreuses sur une ou plusieurs journées. GR est inscrit à l'OGDPC pour trois autres formations (autre que la maîtrise des risques), la prise en charge de la douleur en cancérologie, la prévention des infections nosocomiales, et le droit du travail pour managers de proximité en CLCC.

Le parcours de formation infirmier n'a malheureusement pas été réactualisé. Cela est en cours au niveau de la DRH en concertation avec la direction des soins. Celui de 2007 n'est cependant pas caduc.

Certaines formations sont attendues dans les 5 premières années d'exercice, avant la Valorisation des Acquis Professionnels (VAP 1) et 10 ans pour la VAP 2. En effet, Gustave Roussy s'est engagé dans une démarche de VAP depuis 2002, après un passage en commission. Cela déclenche une rétribution financière si la validation est effective.

Deux exemples de parcours IDE m'ont paru intéressants, un plus général (quel que soit le service) et un autre, en lien avec la spécialité choisie.

DELAI	FORMATION
1 ^{er} semestre	Accueil
1 ^{re} ou 2 ^e année	Transmissions ciblées
1 ^{re} ou 2 ^e année	Douleur
3 ^e ou 4 ^e année	Accompagner une fin de vie
4 ^e ou 5 ^e année	Prévention des infections nosocomiales
6 ^e ou 7 ^e année	Confusion aiguë

Tableau 6 : Exemple de parcours de formation infirmier (édition 2007), Gustave Roussy

METIER	1 ^{ère} ANNEE	2 ^{ème} ANNEE	3 ^{ème} ANNEE	4 ^{ème} ANNEE	5 ^{ème} ANNEE
IDE en CCF	Accueil Simbad, Transmissions Ciblées	Relation d'Aide Niveau 1, Douleur Niveau 1		Fin de Vie, Education Patient	Suivi Téléphonique
IDE en Pédiatrie	Transmissions Ciblées	Douleur	Relation d'Aide		Développement de l'enfant sain
IDE en Chirurgie	Accueil	Relation d'Aide 1	Fin de Vie	Relation d'Aide 2	
IDE en Médecine	Accueil, Douleur, Transmissions Ciblées	Relation d'Aide 1, Suivi Tél	Accueil des Urgences, Education Patient	Fin de Vie	Relation d'Aide 2, Confusion Aigüe
IDE de Nuit	Accueil	Douleur, Communication Fonctionnelle	Transmissions Ciblées	Relation d'Aide	Confusion Aigüe
IDE en Réa	Transmissions Ciblées	Relation d'Aide	Transfusion	Transfusion	

Tableau 7 : Exemple de parcours IDE par spécialité (édition 2007), Gustave Roussy

Les parcours restent une aide pour les cadres lors de la programmation des formations pendant les EAE.

3.3 LE GROUPE PROJET

3.3.1 La composition du groupe projet

Le directeur des soins est sponsor du projet « *Intégration des nouveaux arrivants* ».

Nommée par le Directeur des Soins, je suis chef du projet « *intégration des nouveaux arrivants IDE* ». Dans le groupe, il y a deux cadres transversaux Direction des soins : un cadre de santé infirmier, chargé de missions, Métiers et Pratiques des Soins et un cadre transversal manipulateur radio, chargé de missions, coordinateur des stages et évènementiels à temps partiel (cf. ANNEXES 2 et 3 Organigramme). J'ai une autorité fonctionnelle mais non hiérarchique envers les membres du groupe projet.

Pour fixer les objectifs, j'ai rédigé une lettre de mission, validée par le Directeur des soins (cf. ANNEXE 10), ainsi qu'une note de cadrage concernant ce projet (cf. ANNEXE 11).

Le diagramme de Gantt (cf. ANNEXE 7) a permis de planifier le projet dans le temps, de visualiser et de faire visualiser les étapes aux différents acteurs ainsi que les modalités de travail. Il permet de communiquer sur l'avancée du travail, ceci afin de clarifier les attentes et les moyens.

Au niveau organisationnel, nous avons décidé ensemble, d'une réunion hebdomadaire, en groupe projet restreint, (sauf semaine Master et vacances scolaires) et mensuelle avec le Directeur des soins pour faire le point d'avancement du projet. Chacun repart ainsi avec des objectifs pour la prochaine réunion. J'ai recensé dans un tableau le nombre de réunions et le temps passé (cf. ANNEXE 12). Le groupe projet a réalisé, à la date du 19/04/2016, 15 réunions, ce qui représente 23,5 heures de travail.

Le coordonnateur de radiologie assistait aux réunions avec le Directeur des soins pour connaître l'état d'avancement du projet et ainsi cadrer son projet pour les manipulateurs radio.

Un compte rendu est systématiquement rédigé après les réunions et diffusé aux membres du groupe projet dont le Directeur des soins (cf. ANNEXE 13 : Exemple de CR de réunion du 10/11/2015).

Un dossier partagé « informatique » est créé, à notre demande, par le service informatique de GR pour le groupe projet pour un partage des supports, des outils et un suivi des avancées de chacun. Il s'agit de regrouper en un lieu tout ce qui est recensé ou créé. Le Directeur des soins (sponsor) a bien sûr accès à ce dossier partagé.

3.3.2 La place du chef de projet

En tant que chef de projet, j'ai souhaité partir de l'existant et j'ai effectué un recensement des supports diffusés sur l'Etablissement. Je les ai lus et analysés, avec les cadres du groupe projet, pour en ressortir les éléments essentiels qui serviraient de base au travail des groupes en les classant par thème prédéterminé.

Selon FERNANDEZ⁷⁹, il existe sept compétences nécessaires pour être un chef de projet efficace : « organisateur », « pilote », « donneur de sens », « bâtisseur d'équipe », « dynamiseur d'échanges », « accoucheur d'idées » et « diplomate ». En « stratège ou diplomate », j'assure la coordination et la gestion du projet pour la méthodologie. En « architecte ou pilote », je détermine les différentes étapes du projet et en assure son suivi. En « organisateur ou capitaine d'équipe », j'anime ou coanime les groupes de travail, en créant une dynamique dans les groupes et donc entre les acteurs. Je fais un retour d'informations aux participants.

⁷⁹ FERNANDEZ Alain, Le chef de projet efficace, 12 bonnes pratiques pour un management humain, Editions Eyrolles, 2014, page 26, Collection Gestion de projet.

En « communicant ou dynamiseur d'échanges », je développe le plan communication pour faire connaître le projet et permettre une adhésion du collectif.

Enfin, en « leader », je donne un sens au projet, je l'évalue pour le faire évoluer et j'assume la responsabilité de celui-ci. Et c'est par un management transversal en mode projet, non hiérarchique, que j'utilise la puissance du collectif. Je suis sous l'autorité d'un manager hiérarchique qui est le sponsor du projet (rattachement hiérarchique), le Directeur des Soins, qui m'a confié le projet et qui contribue à la poursuite de celui-ci.

Selon DICECCA et De BUCHET⁸⁰, le manager transverse a 4 missions sous les initiales M.I.E.L. « M » indique la motivation, « I » l'information, « E » l'expertise et « L » le lien. Je fais preuve de motivation dans ce projet, j'informe et je transmets, je m'entoure d'experts et développe mon expertise et je crée du lien.

Pour compléter, je reprendrai les concepts d'éthique du management, présentés par le Directeur des soins, que j'applique dans ma pratique managériale au quotidien, dans le service et dans la gestion de projet, avec les groupes que j'anime : « *faire preuve d'humilité, se soucier du bien supérieur, être honnête et intègre, rechercher l'équité, encourager et développer les autres, montrer du respect et avoir le courage de prendre position* ».

3.3.3 La place de l'équipe pilote

L'équipe pilote ou projet est constituée de deux cadres « transversaux » Direction des soins. Elle approuve la méthodologie retenue autour d'échanges avec le chef de projet que je suis. Elle participe à la veille documentaire et elle anime et coanime les groupes de travail. Elle aide à l'organisation des réunions, à la logistique et à la production du Passeport de compétences. Enfin, elle participe également au plan communication du projet. Tout ceci est réalisable dans le temps imparti grâce à une communication claire et efficace, une entente cordiale et professionnelle, une participation effective de chacun, une répartition du travail et une autonomisation. J'ai un lien fonctionnel et donc non hiérarchique avec les cadres de santé du groupe, je manage, à travers mes compétences de coordination et d'animation continue. Ceci me permet d'asseoir mon autorité, d'être reconnu comme une personne ressource et de trouver un positionnement fédérateur.

⁸⁰ DICECCA Vincent, De BUCHET Pia, Résumé réalisé par REYMANN Alexandre, les cinq clés du management transversal, les cahiers du DRH n° 196, en ligne, 12/04/2013, disponible sur : <http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/64840/les-cinq-cles-du-management-transversal.html>, consulté le 11/05/2016.

3.4 LE PASSEPORT DE COMPETENCES

3.4.1 La population concernée : les infirmiers

Pour cette étude, la population d'intérêt comprend tous les nouveaux soignants IDE (quelle que soit l'ancienneté de diplôme infirmier) de Gustave Roussy, sur le site de Villejuif et sur le site de Chevilly-Larue, de jour comme de nuit, pendant la période d'encadrement de 4 semaines à leur arrivée dans l'Institution en Contrat à Durée Indéterminée (CDI). Les équipes de nuit sont sous la responsabilité des cadres de nuit et du coordonnateur de nuit.

Le projet est réalisé en parallèle par un coordonnateur en radiologie qui va réaliser un support pour les manipulateurs radios, et il est prévu de réaliser un support d'encadrement pour les AS dans le futur.

Pour l'instant, j'ai exclu le personnel en CDD qui ne bénéficie pas forcément des 4 semaines d'encadrement selon le temps du CDD (sera revu pour les CDD longs).

3.4.2 Les indicateurs de départ

Cela m'aidera, pour la suite, d'affiner les indicateurs initiaux pour connaître le contexte de départ.

3.4.2.1 Le turnover IDE en CDI sur les deux sites : Villejuif et Chevilly

La population infirmière regroupe les IDE, IDE puéricultrice, IBODE et IADE. Le turnover étudié concerne uniquement la population en CDI.

L'ancienneté moyenne des IDE qui ont démissionné en 2015 est de 4 ans (comparativement à 3 ans pour les AS).

Le turnover IDE (en CDI) en pourcentage, pour 2015, est représenté dans le tableau ci-dessous, pour les deux sites étudiés.

En 2015	TURNOVER (CDI) IDE
CHEVILLY	14,3 %
VILLEJUIF	12,5 %
TOTAL	12,6 %

Tableau 8 : Turnover IDE (CDI) à Gustave Roussy (d'après les chiffres de la DRH)

En comparaison, le turnover AS en CDI est de 11,4 % à Chevilly, 11,7 % à Villejuif, soit 11,7 % pour l'ensemble des AS des 2 sites. Cela semble refléter la tendance française avec un turnover plus important des IDE par rapport aux AS.

Dans le cadre de la fusion des deux structures en 2015, le chiffre plus élevé de turnover IDE à Chevilly-Larue n'est pas surprenant. Le personnel en poste a du faire face au changement de population accueillie (auparavant, médecine pneumologique), d'activité et d'organisation.

L'année 2015 a été un tournant pour le site de Chevilly-Larue.

Pour affiner mon étude, je souhaitais comparer ces chiffres à ceux des autres CLCC répartis en France. J'ai contacté UNICANCER par mail mais je n'ai pas eu de réponse. La DRH de Gustave Roussy n'avait pas, à disposition, de chiffres comparatifs.

Il existe des risques et des opportunités d'un turnover important au niveau du personnel infirmier. La notion de confiance, individuelle ou collective, est très importante dans le cas d'un turnover. Il est envisageable que lorsqu'une personne extérieure arrive dans un groupe déjà constitué, il soit difficile de lui faire confiance au début. La confiance s'installe petit à petit.

RISQUES	OPPORTUNITES
Mauvaise intégration dans l'équipe	Nouvelles idées à proposer
Erreurs professionnelles (médicaments...)	Regard extérieur sur l'organisation
Défaut d'organisation des soins	Motivation du nouvel embauché
Manque d'efficacité, de rapidité	Remise en question des pratiques

Tableau 9 : Risques et opportunités à l'arrivée d'un nouvel embauché

Comme le dit, très justement, De BOVIS-VLAHOVIC⁸¹, maître de conférences, « *il faut faire confiance à un soignant, mais aussi aux compétences qu'il possède* ». Elle précise aussi que « *la force d'un collectif soignant permet d'éviter les erreurs* ». Cette confiance aide, en effet, à une meilleure interaction, une meilleure coopération et donc améliore les performances du groupe.

⁸¹ De BOVIS-VLAHOVIC Camille, Le rôle de la confiance dans les pratiques de travail, dossier confiance et management, Soins cadres n° 96, Novembre 2015, page 19.

3.4.2.2 Le nombre d'IDE arrivant en CDI sur 6 mois en 2015

Pour cibler l'indicateur, je souhaite recenser et interroger des nouveaux arrivants IDE et je choisis 6 mois de l'année 2015. Les dates ont été définies pour qu'au moment de la distribution des questionnaires, les IDE nouveaux embauchés, aient passé la période d'essai et ainsi éviter un biais. Au travers de cette enquête, je souhaitais connaître le point de vue des nouveaux professionnels de Gustave Roussy (Villejuif et Chevilly) sur leur parcours de formation et leur intégration.

Sur les 6 mois étudiés entre le 01/06/2015 et le 30/11/2015, 25 nouveaux infirmiers sur les 2 sites ont été embauchés en CDI. Et sur ces 25 Infirmiers, 19 étaient de nuit et 6 de jour. 4 de ces infirmiers ont été embauchés sur Chevilly et 21 sur Villejuif.

La liste de ces arrivants IDE (nom, service d'affectation) a été obtenue grâce à la DRH et a permis de les interroger grâce à un questionnaire (cf. ANNEXE 15). J'ai recensé les réponses obtenues dans un tableau (cf. ANNEXE 16 : Tableau récapitulatif des réponses des nouveaux embauchés).

Par l'intermédiaire des cadres des deux sites, j'ai distribué les 25 questionnaires. Je les ai remis en version papier et envoyés en version informatique. Je les ai récupérés après remplissage, en un temps record, grâce à l'implication de tous.

Concernant les résultats, l'accueil a été noté avec une moyenne de 9,04/10 pour 23 notes attribuées. Les supports d'encadrement papier ont bien été remis dans 20 cas sur 25.

Dans les points qui ont le plus intéressé les nouveaux embauchés, la conduite à tenir en situation d'urgence, les numéros d'appel, la transfusion, les fiches techniques, les protocoles et la prise en charge de la douleur apparaissent. L'idée d'évaluation sur les acquis et les non acquis apparaît comme positive.

La note moyenne de 8,15/10 a été attribuée pour le support d'encadrement existant (20 notes).

Ce qui apparaît comme manquant est dans la spécificité : intégralité des pathologies, protocoles chimiothérapies, soins spécifiques, soins jamais vus...

Tous les besoins d'informations et de formations retrouvés font partie de l'approfondissement des connaissances et des pratiques, toutes les configurations de soins et de situations ne peuvent pas être vues en 4 semaines. Pour qu'un IDE maîtrise la spécialité de son service à Gustave Roussy, les managers considèrent qu'il faut un an. C'est une information que je donne au nouvel infirmier dans mon service d'ORL.

L'entretien à mi-parcours d'encadrement est réalisé dans 19 cas / 25.

22 nouveaux embauchés / 25 n'ont pas fait la formation « *maîtrise des risques liés aux soins en oncologie* ».

Les nouveaux embauchés interrogés, majoritairement des femmes (21/25), sont demandeurs de formations et d'informations complémentaires. Ils veulent apprendre, ils sont dans l'attente de la consolidation de leurs connaissances. Pendant la période d'encadrement de 4 semaines, les nouveaux embauchés infirmiers attendent :

Pour la partie théorique

- des connaissances,
- une autonomie,
- des procédures et des protocoles.

Pour la partie pratique

- des connaissances techniques,
- une organisation,
- la dextérité, la rapidité,
- la compétence.

Après cette période, les attentes évoluent. Les nouveaux professionnels infirmiers souhaitent des formations en lien avec la spécificité oncologique (chimiothérapie, hématologie...), les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur (l'hypnose aussi) et les pansements adaptés. Les nouvelles générations sont en demande permanente de formations (18 infirmiers ont moins de 30 ans dans les personnes interrogées).

Le bilan de cette analyse des 25 questionnaires est plutôt positif. Il reste des progrès à accomplir pour la programmation de la formation « *maîtrise des risques* » entre autres mais ce recueil permet de cibler les éléments essentiels à faire paraître dans le livret et les axes prioritaires pour la partie spécifique. Ce questionnaire permet d'avoir une représentation de l'existant pour pouvoir comparer ensuite après la mise en place du « *Passeport de compétences* », les bénéfices et les écarts obtenus dans le processus d'intégration.

Les résultats de ce sondage ont été présentés au Directeur des soins, sponsor du projet, qui souhaite de manière systématique le distribuer à la fin de chaque période d'encadrement. Le groupe projet a proposé de le joindre à la fin du « *Passeport de compétences en cancérologie* ».

3.4.3 Le nombre d'IDE partis avant la fin de la période d'essai

Comme indicateur, je souhaite connaître le nombre de personnes parties avant la fin de la période d'essai et les raisons de leur départ. Je veux évaluer si l'intégration est remise en cause et si le projet peut y apporter une amélioration.

Grâce à la DRH, j'ai obtenu les motifs de sorties des IDE en 2015, recensés dans un tableau. Les fins de période d'essai en CDI m'intéressent particulièrement dans le cadre du projet.

	Sorties par motifs IDE 2015	CDD	CDI	Total général
IDE	Démission (sans portabilité)		44	44
	Fin de CDD	25		25
	Fin période essai initiative employeur	2	2	4
	Fin période essai initiative salarié		6	6
	Retraite à l'initiative du salarié		2	2
	Rupture commun accord CDD ou apprentissage	5		5
	Rupture conventionnelle		2	2

Tableau 10 : Les motifs de sorties des IDE en 2015 à Gustave Roussy (Tableau DRH)

Huit fins de période d'essai (en CDI) ont eu lieu et seulement deux à l'initiative de l'employeur. Les 6 fins de période d'essai à l'initiative du salarié ne sont pas détaillées et je ne peux donc pas en déduire des conclusions en lien avec le parcours d'intégration. Je n'ai pas de données qualitatives.

3.4.3.1 Le motif de départs des soignants IDE

Auprès de la DRH, je recherche les motifs de départ des soignants IDE justifiant le turnover et aussi ceux qui sont en lien avec l'intégration, la difficulté d'implication...

Les motifs de démission des IDE, plus spécifiques que pour les AS, sont dans l'ordre :

- l'éloignement du domicile,
- l'envie d'une nouvelle expérience,
- le départ en province; l'écart entre la théorie et la pratique; la mutation du conjoint et la vie familiale (à égalité de nombre).

L'absence de soutien professionnel et le stress apparaissent seulement, en 2^{ème} position, dans le motif de démission.

Les soignants peuvent noter jusqu'à trois motifs.

Deux motifs m'intéressent particulièrement par rapport au sujet du projet et ce sont justement ces deux derniers. Pourtant, même si cela est intéressant, je n'ai pas les détails de situations pour en faire une analyse approfondie.

Comparativement, les motifs de démission des AS ne recouvrent pas de tendance particulière. Les motifs sont tous différents : départ à l'étranger, éloignement du domicile, reprise des études, salaire insuffisant...

3.4.3.2 Le nombre de stagiaires IDE qui ont postulé suite à un stage à Gustave Roussy

En réalisant cette étude, je souhaite savoir si l'encadrement des étudiants IDE à GR est « fournisseur » de nouveaux professionnels et si oui, quel est le pourcentage correspondant à cela. Je n'ai pas obtenu de données chiffrées. Ces professionnels auraient ainsi déjà bénéficié d'un encadrement/tutorat pendant une période, plus ou moins longue, de stage, sachant que Gustave Roussy ne prend en stage que des étudiants infirmiers de 3^{ème} année.

La DRH n'a pas de traçabilité de cet indicateur, les cadres remplissent de manière systématique des fiches d'appréciation sur les aptitudes professionnelles de l'étudiant, précisant si ce futur professionnel pourrait être embauché en sortie de Diplôme d'Etat. Ce document est ensuite envoyé à la Direction des Soins. Lorsque des nouveaux IDE, précisent qu'ils ont fait un stage à GR, le chargé de carrière (recruteur DRH), ressort cette fiche et le cadre est contacté avant un entretien. Toutes ces données ne sont pas croisées.

Cependant, j'ai obtenu des chiffres, grâce au recensement effectué par les collègues de nuit du département ORL sur les 10 dernières années.

Sur 159 étudiants IDE reçus la nuit, 19 ont été embauchés depuis 2006 par le secteur nuit et seuls 7 sont encore présents en 2016. Je n'ai pas les chiffres sur ces 159, de ceux qui ont postulé pour un poste de jour. Au regard de ces résultats, l'investissement important de l'encadrement pour favoriser le recrutement reste difficile à estimer.

3.4.4 Le benchmarking

A l'aide d'un questionnaire adressé à différents établissements, j'ai souhaité savoir si ce support unique d'intégration et de traçabilité des nouveaux soignants existait dans d'autres établissements pour, éventuellement, m'en inspirer ou dans le cas contraire, parler d'un projet innovant.

Pour cela, j'ai donc élaboré, avec le groupe projet, un questionnaire (cf. ANNEXE 17) grâce à Google Forms que j'ai envoyé aléatoirement par mails à 60 Etablissements.

J'ai obtenu 17 réponses de 17 établissements différents dont 2 CLCC, 1 de Paris et 1 de Province (cf. ANNEXE 18 Tableau récapitulatif des réponses Google Forms). Tous assurent avoir une politique d'accueil des nouveaux embauchés et 12/17 ont un livret d'accueil.

Un support d'encadrement existe dans 9 cas/17 mais dans 10 cas/17, les établissements ne possèdent pas de supports d'évaluation des actes et/ou des compétences. Il semble que 5 supports communs sur 17 établissements (29,4 %) sont utilisés dont 2 informatisés. La formation « accueil » dure moins de 7 heures dans 60 % des cas et 14/17 structures en ont une et elle est organisée dans 40 % des cas par la DRH et 46,7 % par la DS. Les thèmes ressortis pour la formation accueil, le plus souvent, sont la présentation de l'établissement, l'hygiène, l'hémovigilance, le dossier informatisé, les médicaments et les voies veineuses.

Pour continuer mes investigations, j'ai pu obtenir un document de l'AP-HP « *Evaluation d'un nouvel arrivant IDE en oncologie médicale en HDJ* », un document d'un CHI « *Plan d'accueil des nouveaux arrivants AS* » et un autre « *Plan d'accueil des nouveaux arrivants IDE* ». Ils sont spécifiques, par service et sont organisés, le plus souvent, sur deux semaines d'encadrement. Ils fonctionnent grâce à l'autoévaluation. Le nouvel embauché doit évaluer ses propres acquisitions.

Ces résultats n'étant pas caractéristiques et peu représentatifs (17 établissements sur 60 contactés), j'ai souhaité envoyer le questionnaire par mail aux Directeurs des soins des CLCC (20 CLCC moins Gustave Roussy) et ainsi recentrer sur la spécificité de la « cancérologie ». Ce mail a été relayé par le directeur des soins de GR en espérant une plus grande représentativité. J'ai eu 6 réponses les premières 48 heures après l'envoi, puis plus rien. Une relance a été faite 1 mois après et j'ai eu une réponse supplémentaire (cf. ANNEXE 19 Tableau récapitulatif des réponses des Directeurs des CLCC). Au total, 7 réponses des CLCC, dont 6 Directeurs de Soins et un cadre de santé. Les 7 CLCC ont une politique d'accueil des nouveaux embauchés et une formation accueil, 5/7 ont un livret d'accueil. Six établissements sur 7 ont un support d'encadrement pour les nouveaux embauchés et un support d'évaluation des actes et/ou compétences. Par contre, l'outil commun n'apparaît que dans 5 cas sur 7, dans l'établissement. De ces différentes réponses, je n'ai pu retirer les informations recherchées. En effet, l'écart entre les questions posées, n'est probablement pas apparu :

- livret d'accueil,
- support d'encadrement,
- support d'évaluation des actes et/ou compétences,
- support d'encadrement commun.

A posteriori, cela aurait été plus enrichissant d'effectuer un entretien téléphonique avec les Directeurs de Soins des CLCC pour pouvoir préciser ma demande. Les thèmes cités dans la formation accueil permettent là-aussi de cibler les éléments importants en cancérologie, et donc d'intégrer le plus rapidement possible les connaissances en cancérologie, les médicaments, le dossier de soins, les douleurs, etc.

Les 2 établissements, qui ont un support commun, ont accepté de me faire parvenir leur document, j'ai ainsi pu les parcourir. Ils ne correspondent pas exactement au projet tel que le groupe projet l'envisage même s'il existe des similitudes. En effet, certains critères sont à atteindre sur 2 semaines aussi et l'encadrement est organisé sur 4 semaines dans les CLCC. D'autre part, contrairement à notre volonté, l'intégration fonctionne davantage par une auto-évaluation du nouvel infirmier.

Le « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* » à Gustave Roussy sera rempli par le cadre, l'IDEC ou l'IDE référent, après une évaluation du nouveau soignant en situation de travail. Il reste un outil innovant dans le contenu, il va dans le sens du portfolio DPC tel que décrit dans la loi du 26/01/2016 puisque les formations y seront rajoutées par la suite dans la version informatique.

3.4.5 La présentation du projet dans l'établissement

Le lancement officiel du projet dans l'Institution s'est fait grâce à ma présentation lors de la réunion des cadres du 07/01/2016 à 15h (de 15h à 16h) avec un diaporama PowerPoint (cf. ANNEXE 14). Une fiche de présence a été faite et 34 cadres de département, coordonnateurs de soins, cadres de proximité ont élargé. Cette réunion était dédiée et organisée spécialement pour ce projet, je l'ai animée en présence du groupe projet, sponsor compris. Un mail d'annonce de la réunion avait été envoyé aux coordonnateurs et cadres de santé de l'établissement par la Direction des soins (et une relance faite 3 jours avant). La salle avait été réservée selon les disponibilités dans l'agenda du Directeur des soins et des membres du groupe projet et à distance d'une réunion des cadres dans le planning déjà existant. Les semaines de Master correspondant aux semaines de réunion des cadres jusqu'en mai 2016, le Directeur des soins a souhaité un espace dédié à cette présentation. Le diagramme de Gantt que j'avais réalisé m'a permis de situer les étapes dans le temps et de présenter concrètement le projet.

Avant la réunion du 07/01/2016, j'aurais souhaité faire une présentation lors d'un CODIR ce qui aurait permis de sensibiliser, au préalable, les coordonnateurs de soins mais cela n'a pas été possible.

In fine, j'ai donc envoyé un mail aux coordonnateurs des soins et aux cadres de département le 06/01/2015 pour qu'ils nomment des personnes ressources pour les groupes de travail et proposer une rencontre avec eux à 14h45, le 7/01/2016, avant la réunion exceptionnelle projet. Ils étaient tous présents.

Au préalable, une présentation très succincte avait été faite lors de la réunion des cadres du 25/11/2015 (thème abordé par une personne du groupe projet) et une autre lors de la réunion des cadres du département chirurgie/cancérologie cervico-faciale du 01/12/2015 (thème, orientations, futures sollicitations) : 7 cadres présents et le coordonnateur de soins.

D'autre part, un groupe « tuteur » pour les étudiants infirmiers, composé des IDEC de chaque service, des IDE référents et de manipulateurs radio, existe à GR depuis janvier 2016. L'animateur fait partie de l'équipe projet « *intégration des nouveaux arrivants* ». Le compte-rendu de la 1^{ère} réunion (fin janvier 2016) précise « *les liens qu'il y a actuellement entre le projet de construction d'un groupe tuteurs et le 'projet d'intégration des nouveaux arrivants'*. En résumé : - Le groupe tuteurs débute ce premier travail et est centré sur le tutorat volet étudiant. - Actuellement, le projet harmonisation des supports d'encadrement des nouveaux arrivants est en cours dont le chef de projet est Laurence Nicouleau. - A terme ces deux démarches vont se regrouper ».

Le compte-rendu de la 2^{ème} réunion (avril 2016) stipule le projet « *nouveaux arrivants* » : « *point d'avancement, EPP : le projet harmonisation des nouveaux arrivants (professionnels nouvellement embauchés) est en cours d'élaboration. Le groupe projet continue de travailler avec les différents groupes, travail centré autour de thématiques (attitude professionnelle, informations institutionnelles, risques liés aux soins, analyse clinique/raisonnement. A ce jour, le travail des différents groupes reste à finaliser. Une réunion rassemblant tous les groupes sera organisée pour la mise en commun des travaux (début juillet prochain) ».*

Les IDEC et les IDE référents sont les « *passeurs de compétences* ». Il nous est apparu important de les sensibiliser dès maintenant au futur support d'évaluation et de traçabilité.

Par ailleurs, je souhaitais éviter les redondances de groupe de travail au sein de l'Institution du fait de la préparation à la certification V2014, pour 2017. J'ai donc fait la demande, auprès du coordonnateur de la Qualité des soins, Direction de la Qualité, Gestion des Risques et Relation Patient, de travailler avec le groupe en lien avec mon sujet. Cela n'a pas été validé, il s'agissait de ne pas mélanger les dossiers pour ne pas créer de confusion. Si le thème travaillé permet d'alimenter une thématique de la certification V2014, la « *qualité* » reviendra vers le groupe projet.

Cela s'est d'ailleurs produit, puisqu'en Mars 2016, j'ai été contactée par la Direction des Ressources Humaines (DRH) et le coordonnateur qualité dans le cadre du projet, pour faire partie de la certification thème « Gestion des Ressources Humaines », management des emplois et des compétences (critère 3a), intégration des nouveaux arrivants (critère 3b), dialogue social et implication des personnels (critère 2d) lors de réunions dont la première a eu lieu le 04/04/2016 et la deuxième le 23/05/2016.

3.4.6 La composition et le déroulement des groupes de travail

Lors de la réunion du 07/01/2016, il a été demandé aux coordonnateurs de soins et cadres de département de déterminer les futurs participants aux groupes de travail. Une liste de noms avait été établie, il y a plusieurs mois, mais cette liste était obsolète et nécessitait un rafraîchissement. Le groupe projet souhaite une centralisation des noms par les coordonnateurs ou cadres de département pour que les personnes choisies soient « moteurs » dans les services et actifs dans les groupes. La date butoir du 18/01/2016 était fixée pour obtenir les noms des participants. Le groupe projet constitue les groupes de travail en les équilibrant en fonction du nombre maximum prédéterminé par groupe, des fonctions et des spécialités de chacun.

Les noms ont ainsi été recensés et placés dans les différents groupes. Cette composition est soumise au Directeur des soins avant diffusion aux coordonnateurs, cadres de département et cadres. Je n'ai eu aucun retour négatif sur le choix des groupes de travail.

Le groupe projet a déterminé 4 grandes parties dans le passeport après lecture et analyse des 20 supports existants. Il a donc identifié 4 groupes de travail différents.

- 1^{er} groupe : 6 participants (1 AS, 1 manipulateur radio, 2 IDEC et 2 IDE) et un animateur du groupe projet pour « Informations générales et fonctionnement institutionnel »,
- 2^{ème} groupe : 5 participants (1 manipulateur radio, 2 IDEC, 1 cadre de santé, 1 AS) et un animateur du groupe projet (moi) pour « Attitude professionnelle »,
- 3^{ème} groupe : 10 participants (1 manipulateur radio, 3 cadres, 2 IDEC, 3 IDE, 1 AS) et un animateur du groupe projet (+/- un autre animateur) pour « Maîtrise des risques liés aux soins, savoirs pratiques »,
- 4^{ème} groupe : 8 participants (5 IDE, 3 IDEC) et un animateur du groupe projet (moi) pour « Démarche et raisonnement clinique ».

Soit au total, 29 participants répartis dans ces groupes (4 cadres, 9 IDEC, 10 IDE, 3 Manipulateurs radios, 3 AS), dont 1 AS et 1 IDEC viennent de l'Hôpital de Chevilly.

Le groupe projet a fait le choix, dès maintenant, d'inclure les AS dans les groupes (sauf pour le groupe « démarche et raisonnement clinique »).

En effet, certains items seront aussi communs pour le « *Passeport de compétences des aides-soignants en cancérologie* ». Il était important de décroiser les groupes, de ne pas les multiplier et de faire parler et travailler des professionnels, qui ne se connaissent pas ou peu, de tous secteurs confondus.

Le groupe spécifique métier pour les manipulateurs radios existe en parallèle, mené par le coordonnateur de radiologie. Il nous est donc apparu évident que les manipulateurs radios intègrent les groupes (sauf pour le groupe « démarche et raisonnement clinique ») concernant le tronc commun.

Dans les groupes de travail, j'effectue un management transversal, je ne suis pas leur ligne hiérarchique directe. Par contre, j'ai une autorité hiérarchique en tant que cadre de santé vis à vis des participants IDEC, IDE, AS et manipulateurs radio. La relation s'effectue autour de trois parties, le participant au groupe de travail, sa ligne hiérarchique et moi-même. Je suis en lien fonctionnel avec les cadres.

Chaque groupe de travail se réunira 3 fois, pendant 1h30, dans des salles pré réservées à l'avance. Le groupe 3, concernant les savoirs pratiques, aura certainement besoin d'une 4^{ème} réunion. J'ai envoyé un mail récapitulatif aux participants des groupes ainsi qu'à leur encadrement le 03/02/2016 avec les dates, les heures et les lieux de rencontre.

Les deux cadres de la Direction des soins et moi-même, nous sommes réparties l'animation des groupes de travail. Cela correspond à 3 réunions (certainement, une réunion supplémentaire pour le groupe 3) pour les 4 groupes. La 3^{ème} réunion correspond à une relecture de tous les travaux réalisés par les différents groupes (ce sera la 4^{ème} réunion pour le groupe 3). Un groupe de travail commun réunissant l'ensemble des 4 groupes est prévu en juillet 2016 pour un partage, des échanges, un moment de convivialité ainsi qu'une présentation de la maquette. Un doodle (« *service gratuit en ligne de planification de réunions* ») est en cours pour déterminer une date avec un maximum de participants des 4 groupes (3 dates sont proposées à la même heure : 14h30/16h, début juillet).

Dans l'organisation des groupes, j'anime le groupe 2 (« attitude professionnelle ») et le groupe 4 (« démarche de soins et raisonnement clinique »). J'interviens ponctuellement dans les autres groupes. Chaque mail envoyé aux participants est adressé en copie aux membres du groupe projet (hors Directeur des soins) pour que chacun connaisse l'avancée du travail et pour une intégration dans le dossier partagé.

Une semaine avant la date réelle de chaque regroupement, je fais un mail de rappel. L'ordre du jour est envoyé, ainsi que le document de travail réajusté qui va servir d'outil de travail en réunion. Le mail est adressé, en copie, à chaque participant et à chaque cadre de santé correspondant et coordonnateur de soins. Au début de chaque réunion, la distribution des documents est réalisée.

D'autre part, les dates de réunions étaient choisies en dehors des vacances scolaires et en dehors des réunions CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), CLUD (Comité de LUTte contre la Douleur) et certification pour compter sur une présence plus nombreuse des personnels. Depuis Janvier 2016 et dans le cadre de la mise en place du logiciel HR access sur tout l'établissement (outil de paie devenu outil de planification pour les cadres), chaque salarié a une adresse mail qui lui a été créée pour pouvoir faire ses demandes de congés annuels, de récupération de jours... en ligne auprès de sa hiérarchie. Auparavant, seul l'encadrement avait une messagerie à Gustave Roussy. Cette création permet une communication par mail efficace dans le cadre du projet. Les documents de travail parviennent ainsi directement aux participants, sur une messagerie professionnelle sans intermédiaire, et il est possible de les transmettre plus facilement aux personnels de l'autre site (Chevilly-Larue). Nous transmettons par mail après chaque réunion, un compte rendu, la feuille d'émargement et l'avancée du travail aux participants, aux membres du groupe projet et à chaque cadre et coordonnateur de soins du collaborateur. Ceci amène une parfaite transparence, un partage et insiste sur l'implication de l'agent. Les échanges de mail de relecture et/ou de modifications du travail entre deux dates de réunions ne sont envoyés qu'aux participants pour ne pas surcharger les boîtes « mail » des encadrants.

Dans l'organisation des rencontres avec les groupes de travail, j'ai eu des difficultés de réservation de salle. Les obligations de changement de salle ont nécessité des renvois de mails et ont créé des confusions et des appels téléphoniques supplémentaires. Les salles réservées au début du projet n'ont pas pu le rester malheureusement. Quoiqu'il en soit, le personnel de Chevilly-Larue a pu venir sur Villejuif grâce à la navette intersites.

Concernant la participation aux réunions, j'ai recensé les chiffres dans un tableau, selon les différents groupes de travail.

GROUPES REUNIONS	GROUPE 1 « Informations générales » 6 P (+ 1 animateur)	GROUPE 2 « Attitude professionnelle » 5 P (+1 animateur : moi)	GROUPE 3 « Maîtrise des risques liés aux soins » 10 P (+ 1 animateur)	GROUPE 4 « Démarche et raisonnement clinique » 8 P (+1 animateur : moi)
N° 1	100 %	100 %	60 %	50 %
N° 2	66,66 %	80 %	50 %	25 %
N° 3	50 %	100 %	60 %	25 %
TOTAL	72,22 %	93,33 %	56,66 %	33,33 %

Tableau 11 : Le taux de participation aux réunions dans les différents groupes de travail (P correspond au nombre de participants initialement par groupe)

Le groupe 4 a eu moins de participation que les autres groupes. Doit-on en déduire que le thème du groupe « Démarche et raisonnement clinique » a moins intéressé ? Ou est-ce une coïncidence liée à la composition du groupe et au peu de disponibilités sur les dates proposées ? Après échange avec le groupe projet, est apparue l'idée que l'expression « raisonnement clinique » n'a peut-être pas été perçue comme il se devait.

Pour pallier le faible taux de participation des professionnels aux réunions du groupe 4 et enrichir la qualité du support, j'ai proposé, lors de la réunion n° 3, au groupe 2 que j'animais, de parcourir, comme prévu, toutes les productions des autres groupes mais d'insister particulièrement sur la relecture du support en lien avec « la démarche de soins et le raisonnement clinique » (groupe 4). Le groupe 2 a accepté cette proposition et a « critiqué » de manière constructive le travail du groupe 4 pour le faire évoluer positivement et l'étoffer. La difficulté du sujet « raisonnement clinique » a été évoquée. Le groupe 2 a été, tout au long des réunions, très actif, porteur d'idées et de propositions. Et le thème « attitude professionnelle » a été « très apprécié ». Les participants ont précisé qu'« ils étaient très contents d'avoir pu travailler sur ce thème ». Concernant les deux groupes que j'ai animés (le 2 et le 4), la dynamique de groupe n'était pas identique malgré mon enthousiasme équivalent. J'ai porté les thèmes et animé les groupes de la même manière mais la production n'est pas similaire.

Lors de la réunion n° 3, les groupes 2 et 4 ont trouvé l'outil d'évaluation « *très lourd en contenu, avec beaucoup de pages et de critères à cocher* ».

Pour la première fois, les productions des quatre groupes étaient mises bout à bout. J'ai fait remonter cette remarque très intéressante des futurs utilisateurs au groupe projet et nous allons retravailler la pertinence de tous les items.

3.4.7 La création du « Passeport de compétences en cancérologie »

« *Le Passeport de compétences en cancérologie* » ou le sésame pour travailler à GR va être nominatif et est voué à terme à être informatisé. Les EPP et les formations y seront regroupées. Ceci aussi, dans le but à terme, de faire un portfolio DPC, comme le prévoit la Loi de modernisation de la santé du 26/01/2016.

L'outil s'appuie aussi sur les référentiels internes de compétences du 01/10/2007 (DRH-Référentiel de compétences « IDE » et « AS », documents à Gustave Roussy).

Dans le but d'avancer efficacement lors des groupes de travail, le groupe projet a rédigé la partie qui concerne le recensement, par items, des éléments prépondérants de l'existant avec la mise en commun des différents supports.

Cela a permis aux groupes de travail, quel que soit l'item de rattachement, de partir d'un outil prêt à subir des transformations, modifications, rajouts... et ainsi de produire, au final, un document plus riche.

Le groupe projet a fait le choix d'une relecture par des formateurs en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) partenaires de Gustave Roussy pour une aide à la méthodologie et à la formulation des items. Ce choix est bien sûr explicité aux participants des groupes. Le projet a été décrit et détaillé essentiellement par mails.

L'encadrement des IDE se fait majoritairement sur 4 semaines pour le socle commun. Dans un premier temps, il nous faut positionner les compétences à atteindre dans les différentes semaines d'encadrement (les 4) et ainsi déterminer ce qui va être attendu à la fin des 2 semaines d'encadrement (mi-intégration) et à la fin des 4 semaines (fin d'intégration).

Certains services vont prolonger l'encadrement pour les spécificités comme l'ORL de nuit et la réanimation mais cela reste des spécificités et ne concerne pas le socle commun.

Les critères seront cochés en fonction des caractéristiques retenus par le groupe :

- Non mobilisé : non vu et non pratiqué
- Non acquis : vu, pratiqué et non validé
- A améliorer : en cours d'acquisition
- Acquis : pratiqué, validé, autonome
- Non applicable
- A poursuivre (au delà des 4 semaines)

Pendant les deux premières semaines, nous avons fait le choix de ne pas noter « non acquis », cet item n'existera pas. Il sera possible de le mentionner seulement en fin d'encadrement, pour ne pas être trop restrictif et non réaliste dans les apprentissages.

Les périodes d'évaluation choisies sont à 15 jours (mi-intégration) et à 1 mois (fin d'intégration). Le parcours continue au-delà et une évaluation sera réalisée à 2 mois (avant la validation de la fin de la période d'essai) et à 6 mois. A ces dates, l'encadrement et le nouvel embauché feront un bilan et une synthèse écrite de la période écoulée, repèreront les points forts et les axes d'amélioration (formalisation d'objectifs).

Ces points de rencontre et d'échanges sont indispensables pour l'expression des attentes de part et d'autre, un réajustement des apports, un approfondissement des connaissances et une réassurance. Ils conditionnent la suite de l'investissement au niveau de l'Institution et auprès du patient et vont permettre au nouvel arrivant d'exprimer son stress, ses doutes, ses difficultés...

L'idée du Passeport de compétences est de s'appuyer sur des éléments objectifs et détaillés pour une évaluation fine et comprise du nouveau soignant. J'ai réalisé un modèle de la trame du passeport (cf. ANNEXE 20). Le document est en cours de finalisation avec le groupe projet.

Concernant la maquette du « *Passeport de compétences* », le groupe projet a rencontré le service communication de GR pour connaître la forme possible du support, et ainsi obtenir une proposition. Il s'agira d'un document recto/verso pour le développement durable, le format paysage a été retenu par le groupe.

Des tests de maquette vont être réalisés dès le mois de mai pour cibler nos critères, j'ai envoyé par mail des exemples de tableau, de l'organigramme... au service communication pour obtenir une pré-maquette avec la charte graphique de GR. Une fois le texte finalisé du passeport, l'envoi en version informatique au service communication se fera en juin 2016. Le graphisme final devra être décidé courant juin et début juillet, et des allers/retours par mail seront faits pour valider la maquette finale. Le test du « *Passeport de compétences* » étant prévu en septembre 2016, une impression de quelques exemplaires est à prévoir en août 2016. L'objectif est aussi, en septembre, de tester, non seulement le contenu du passeport, mais aussi le format, l'ergonomie... En fonction des réajustements qui seront à prévoir après les tests (septembre à décembre 2016), le groupe projet reviendra vers le service communication pour une nouvelle maquette, imprimée cette fois-ci en de plus nombreux exemplaires. Si on considère qu'en 2015 pour les IDE en CDI, GR a eu 44 démissions IDE, 2 départs à la retraite, 2 ruptures conventionnelles et 8 « fin » de période d'essai, cela correspond à 56 nouveaux infirmiers potentiels (chiffres recueillis à la DRH). Il faudra donc prévoir environ 120 exemplaires (60 x 2, un pour « l'encadrant » et un pour « l'encadré ») du passeport à partir du bon à tirer pour l'année 2017.

Les chiffres seront revus avec le service communication. Il sera nécessaire d'avoir un numéro de reprographie correspondant à ce document pour que chaque service puisse s'en procurer sans problème et pour qu'il soit ainsi utilisable par tous sans difficulté.

3.5 L'ANALYSE DU PROJET

3.5.1 Les impacts du changement

D'après ALTER, « *Abstraction, un changement n'est qu'une décision consistant à modifier un état de choses et, toujours de manière abstraite une fois que la décision est prise, elle est mise en œuvre* »⁸². Pour conduire le changement, je vais m'appuyer sur le management, la culture et les organisations.

Tout d'abord, le changement va avoir un impact sur les compétences et dorénavant, l'acquisition des nouveaux savoirs va être tracée. Les compétences sont définies par LUCAS⁸³ comme « *un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structurés, mobilisés et utilisables en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles ou futures* ».

Ainsi, pour évaluer les compétences d'un nouveau professionnel, il faut avoir défini un référentiel de compétences attendues pour un poste ou un métier et « *seule une évaluation des compétences des professionnels par le cadre de santé permettra de réduire les écarts entre ce qui est attendu - par la structure de soins et ce qui est réalisé par le soignant - compétences techniques, relationnelles, organisationnelles, etc.* »⁸⁴.

La démarche projet permet de nouveaux apprentissages et des échanges interprofessionnels.

En effet, « *L'autorité tutorale est, elle aussi, non seulement tolérée mais recherchée par les jeunes professionnels. C'est en effet le type d'autorité qui leur permet de faire et de vivre leurs propres expériences tout en bénéficiant d'un accompagnement qui à la fois les protège, rend libre et permet d'apprendre. Ils y retrouvent une relation de pair à pair enrichie par la dimension 'expérientielle' du tuteur* »⁸⁵.

⁸² ALTER Norbert, Donner et prendre, la coopération en entreprise, Edition La découverte, 2009, 2010, Paris, page 87, Collection Encadrer à l'hôpital.

⁸³ LUCAS André, Le développement des ressources humaines, Politiques, méthodes, outils, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Editions Presses de l'EHESP, 2^{ème} édition, 2014, page 38.

⁸⁴ CORTES Nathalie, Manuel de secours à l'usage des cadres de santé, Editions Lamarre, 2010, page 93, Collection Fonction cadre de santé.

⁸⁵ LAMBERT Jacques, Management intergénérationnel, Gestion des Ressources Humaines, France, Editions Lamarre, 2009, page 247, Collection Fonction cadre de santé.

Ensuite l'action va être sur les méthodes de fonctionnement et le travail va être présenté, réalisé et tracé de façon différente. Une évolution du nouvel embauché ne peut se faire que par l'évaluation. Selon BRIZON⁸⁶, « *Cette évolution ne saurait exister sans outils d'évaluation et d'autoévaluation. Reconnaître le droit à l'erreur, la possibilité de changer et de s'améliorer est un des points capitaux d'une bonne intégration* ». L'autoévaluation seule n'est pas suffisante même s'il est important pour progresser de savoir s'auto-évaluer dans ses pratiques professionnelles. Il faut les deux types d'évaluation.

Puis la distribution des rôles de chacun va être impactée. Une traçabilité nominative devient effective. Les cadres, IDEC, IDE experts et IDE tracent l'encadrement et sont responsabilisés pour un plus grand investissement. Le cadre reste le pivot de cette intégration, de la gestion des compétences et de la qualité/sécurité des soins.

Et enfin le dernier retentissement se situe sur l'intégration des nouveaux arrivants infirmiers. Un processus d'encadrement formalisé est établi et va favoriser de ce fait l'adaptation. Le changement va être expliqué et justifié, et les groupes de travail vont être parties prenantes dans la phase de réflexion. Leur implication va d'ailleurs être valorisée. Comme le décrit ALTER : « *Il est ainsi devenu obligatoire de changer. Pour des raisons plus culturelles qu'économiques (...) la norme managériale actuelle consiste à valoriser ce qui change et ceux qui changent* »⁸⁷.

Le changement dans mon projet concerne l'amélioration de ce qui est fait, des liens interprofessionnels ainsi que l'innovation. Ce document commun n'existe pas dans l'Etablissement et pas sous cette forme à l'extérieur.

3.5.2 La démarche participative

Avec les groupes de travail transversaux et interprofessionnels, j'effectue un management participatif basé sur la négociation, favorable à une dynamique et un apprentissage collectifs. Il diffère d'un management descendant et autoritaire et diminue ainsi le risque de résistance au changement. « *Le management participatif est un mode d'animation visant à susciter l'engagement et la contribution des professionnels à l'innovation et à la progression des performances de l'institution* »⁸⁸, ainsi cette définition correspond aux objectifs du projet.

⁸⁶ BRIZON Hervé, l'intégration des nouveaux soignants, Guide-Suivi-Evaluation, Edition Masson, 2002, Paris, page 13, Collection Encadrer à l'hôpital.

⁸⁷ ALTER Norbert, Donner et prendre, la coopération en entreprise, Edition La découverte, 2009, 2010, Paris, page 85, Collection Encadrer à l'hôpital.

⁸⁸ CORTES Nathalie, Manuel de secours à l'usage des cadres de santé, Editions Lamarre, 2010, page 117, Collection Fonction cadre de santé.

Pour une bonne participation au sein des groupes de travail, il est nécessaire qu'il y ait une confidentialité assurée, une présentation des participants, une cohésion et une implication à l'intérieur du groupe, des échanges favorisés, des remarques prises en compte, un groupe responsabilisé et de l'écoute. Selon ALTER : « *La plupart du temps, la coopération permet de traiter ce genre de problèmes : les plus expérimentés aident les moins expérimentés, en leur donnant des explications verbales ou en leur montrant comment faire, ou bien en analysant avec eux le contenu du manuel, ou bien encore en appelant celui qui connaît le problème à traiter* »⁸⁹.

A mon sens, la coopération et la cohésion du groupe doivent être renforcées pour que chacun se sente davantage en confiance mais cela demande du temps.

Selon DEVIN, « *c'est la coopération qui fonde un collectif de travail. Pour se mettre en place, elle nécessite à la fois interdépendance et intercompréhension (...)* ».

Grâce à « *la coopération, on va au-delà de ce que peut mettre en place l'organisation du travail, c'est-à-dire la coordination (...)* »⁹⁰. En réalité, pour qu'un collectif fonctionne, il faut de la coopération (les hommes) et de la coordination (l'organisation).

Cependant, des causes possibles de résistance au changement existent. J'ai tenté de les identifier, de les anticiper pour mieux lutter si besoin est. Ces causes seraient le poids des habitudes, la dépendance à l'ancien support d'encadrement établi par service, la peur de l'inconnu et la peur de perdre du temps avec ce nouvel outil.

A ce stade du projet, je n'ai pas eu à lutter contre des résistances. Il a été plutôt bien accueilli. La mise en place pourrait entraîner des résistances. En effet, la lourdeur du document (en termes de case à cocher) a été évoquée lors de la réunion de groupes de travail. Cette remarque est prise en compte par le groupe projet qui travaille d'ores et déjà pour proposer un outil complet, attrayant et le moins chronophage possible. Le test du Passeport n'est pas encore réalisé à ce jour et des corrections seront à l'évidence nécessaires.

⁸⁹ ALTER Norbert, Donner et prendre, la coopération en entreprise, Edition La découverte, 2009, 2010, Paris, page 14, Collection Sciences humaines sociales.

⁹⁰ DEVIN Bernard, Du management des compétences au management du travail, Editions du réseau ANACT, 2009, Lyon, pages 259 et 260.

3.5.3 La communication

Selon FERNANDEZ, « *La qualité de la communication est au cœur même de la réussite du projet et de son déploiement* »⁹¹. Dans le management par projet, la communication est essentielle, tout comme le suivi et la traçabilité du projet. En effet, la communication des enjeux, des risques et des gains est indispensable pour inciter les acteurs au changement, pour donner du sens et pour fédérer. Elle permet aussi la reconnaissance de l'investissement des participants lors des retours de compte rendus aux cadres et aux coordonnateurs par exemple.

Dans la communication autour du projet, j'ai repéré plusieurs niveaux concomitants. L'information n'est pas à sens unique. FERNANDEZ⁹² décrit les étapes de « *formulation* », « *feed back* » et « *reformulation* ». L'idée étant aussi que le message doit être distinct, pour être compris de tous. Il s'agit de communiquer clairement nos intentions, notre volonté que cela fonctionne avant même de présenter mes objectifs.

Dans mon plan de communication, trois niveaux se distinguent.

	Qui (les acteurs)	Comment (les moyens)	Communication (Orale et/ou écrite)
INFORMER	Un grand nombre de collaborateurs	Réunions Mails	Orale Ecrité
IMPLIQUER	Groupes de travail	Réunions de Travail Mails	Orale Ecrité
PRENDRE DES DECISIONS	Groupe projet	Dossier partagé Réunions Mails	Orale Ecrité

Tableau 12 : Différents niveaux de communication autour du projet

⁹¹ FERNANDEZ Alain, Le chef de projet efficace, 12 bonnes pratiques pour un management humain, Editions Eyrolles, 2014, page 209, Collection Gestion de projet.

⁹² FERNANDEZ Alain, Le chef de projet efficace, 12 bonnes pratiques pour un management humain, Editions Eyrolles, 2014, page 210, Collection Gestion de projet.

Les relations de confiance établies au sein des groupes de travail ont permis une communication enrichie sans doute due au fait d'avoir pu constituer nous-mêmes les équipes.

En effet, selon FERNANDEZ, « *la pertinence de la constitution des équipes de travail est un facteur de réussite du projet. La qualité des relations interindividuelles et l'importance des relations informelles ne doivent pas être négligées* »⁹³.

D'autre part, l'état d'avancement du projet a été présenté régulièrement et continue de l'être, pour inciter à la participation.

Lors de la réunion des cadres du 07/01/2016, j'ai défini et initié le projet par une présentation d'une heure à l'encadrement de GR. « Le présentiel » marque plus les esprits que « le mail » et permet des échanges auxquels tout le monde peut participer. En effet, selon FERNANDEZ, « *Aucune technologie ne remplacera jamais une communication de vive voix lorsque les interlocuteurs sont physiquement en présence* »⁹⁴. La communication orale et les échanges qui en découlent seront beaucoup plus riches que la communication écrite. J'ai des points prévus sur les avancées du projet, en réunion des cadres. Il s'agit de faire une présentation de l'outil/maquette et ainsi de transmettre le suivi du projet.

Transmettre est le fil conducteur de mon travail tout au long du projet. En effet, dans le cadre d'un projet transversal et institutionnel, impactant tous les secteurs de soins accueillant des infirmiers, la diffusion de l'état d'avancement du projet et de sa construction est impérative pour une adhésion de tous.

La communication est une transmission d'informations, elle apparaît donc, elle aussi, comme « fil conducteur » tout au long du projet « *intégration des nouveaux arrivants* ».

3.5.4 Les résultats attendus

Pour la réalisation de ce projet, j'attends une implication de tous.

Après la création du « *Passeport de compétences en cancérologie IDE* », j'aspire à une appropriation de l'outil par les utilisateurs, à un intérêt perçu pour cet outil, à la diffusion de ce support à chaque nouvel embauché et donc à une généralisation et à son évaluation.

Ainsi, j'attends une uniformisation du parcours d'intégration concernant le socle commun autour d'échanges interprofessionnels et un développement du parcours professionnalisant. Le caractère organisé et construit du passeport doit favoriser l'attractivité.

⁹³ FERNANDEZ Alain, *Le chef de projet efficace, 12 bonnes pratiques pour un management humain*, Editions Eyrolles, 2014, page 130, Collection Gestion de projet.

⁹⁴ FERNANDEZ Alain, *Le chef de projet efficace, 12 bonnes pratiques pour un management humain*, Editions Eyrolles, 2014, page 127, Collection Gestion de projet.

Il s'agit aussi, évidemment, de prévenir les risques dans les services de soins. En effet, ce passeport doit répondre à la qualité et à la sécurité des soins, à une organisation du travail facilitée, et ainsi, à un bien-être au travail, car la Qualité de Vie au Travail (QVT) est recherchée.

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 Juin 2013, procure une liste d'éléments descriptifs concernant la QVT, parmi lesquels certains sont directement liés au projet : « *la qualité de l'engagement de tous à tous les niveaux de l'entreprise* », « *la qualité de l'information partagée au sein de l'entreprise* », « *la possibilité de réalisation et de développement personnel* » et « *la qualité du contenu de travail* »⁹⁵. De fait, un engagement participatif, une bonne entente entre les collègues, la qualité des soins, un parcours professionnalisant et de la formation sont des éléments essentiels pour le bonheur au travail.

3.6 L'ÉVALUATION DU PROJET

3.6.1 Le bilan

Le bilan du projet est plutôt positif, à ce stade. Le test dans 2 services de GR (Villejuif et Chevilly) est prévu entre septembre et décembre 2016. La généralisation après la réactualisation est prévue pour janvier 2017. En effet, le « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* » sera en test à partir de septembre 2016 dans 2 services différents (médecine et chirurgie), des 2 sites (Villejuif et Chevilly) et un de nuit, un de jour. Les services « pilote test » sont à définir pour l'évaluation avant la généralisation sur l'hôpital. Une fiche « évaluation du passeport » est en cours d'élaboration pour recevoir les remarques, les conseils, les problèmes... des 2 services « test » dans un premier temps puis de tous les services à la généralisation par la suite. Le support sera ainsi évolutif. Une personne sera désignée l'interlocuteur principal pour ces retours afin de simplifier les démarches et de ne pas perdre de l'information. La mise en place et les tests n'ont donc pas été réalisés à ce jour. La clôture du projet devrait avoir lieu dans le courant de l'été 2017 avec une informatisation du passeport. Les modalités de cet archivage informatique ne sont pas encore déterminées institutionnellement. Le nouveau logiciel HR Access permettra probablement cet enregistrement des pratiques.

⁹⁵ HOFFEL Olivier, L'ANI sur la QVT et l'Égalité Professionnelle, en ligne, 13 juillet 2013, disponible sur : <http://laqvt.fr/lani-sur-la-qvt-et-legalite-professionnelle>, consulté le 21/04/2016.

Concernant le coût du projet, à ce stade, il s'agit du temps passé et de l'investissement personnel de chacun. Le temps « hors réunion » de chaque participant (groupe projet et groupe de travail) n'est pas quantifié et difficilement quantifiable même s'il est important. Les réunions correspondent à 41h30 au 12/05/2016 multipliées par le nombre de participants à chaque fois, selon les regroupements. Un encadrement plus formalisé et tracé entraînera, fort probablement, un gain de temps par la suite dans l'apprentissage du nouvel arrivant et au-delà, une amélioration de la prestation de soins pour le patient. Le temps passé permettra, très certainement, moins d'erreurs, moins de déclarations Blue Medi (déclaration informatisée d'Evènement Indésirable) et moins de REX. Le coût du support papier via le service de communication n'est pas chiffrable, actuellement, en interne.

Les coordonnateurs de soins, cadres de département et cadres de santé ont répondu présents à la réunion de présentation du projet. L'entente des membres du groupe projet et la collaboration furent effectives. Les groupes de travail ont pu être rapidement constitués après l'annonce du projet grâce aux coordonnateurs et cadres de département. Les réunions des groupes de travail se sont bien déroulées en présence de personnes motivées et actives, convaincues de l'intérêt du projet. La cohésion a été rapide et la réflexion fut ainsi commune. Chacun s'est écouté et a partagé son expérience, ses compétences et son point de vue.

3.6.2 Les points forts

Le soutien et l'adhésion du Directeur des soins ont été d'une grande aide pour la réalisation du projet. Partant d'une politique d'intégration et d'une culture d'encadrement à Gustave Roussy, le besoin de centraliser 20 documents existants sur les deux sites en un seul document apparaissait plutôt logique dans la démarche. Pour cela, le travail, en amont, de centralisation des informations des 20 supports par thèmes a facilité le questionnement des groupes.

La préparation des réunions et l'ordre du jour diffusé avant les groupes de travail, ont eux-aussi permis une réactivité plus importante des groupes. Le projet a reçu un accueil enthousiaste sur l'Etablissement avec une motivation de l'encadrement et des participants. D'autre part, la composition des groupes de travail (AS, IDE, IDEC, cadres, manipulateurs radios) a été réfléchi et de fait, la cohésion et la réflexion, en leur sein, ont été effectives.

Le groupe projet a bénéficié d'une bonne entente et d'une bonne complémentarité ce qui a permis de respecter le prévisionnel. En effet, le respect du planning et de la gestion du temps ont été un atout du projet.

Ainsi, la création du « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* » est quasi finalisée. Il reste à en définir les modalités en fonction des disponibilités du service communication et du déploiement - test.

Deux autres éléments positifs, valorisants pour le projet, se sont rajoutés ces derniers mois, d'une part la demande de la DRH pour la participation du groupe projet en lien avec la certification (ce qui montre une reconnaissance du groupe projet) et d'autre part, la demande de la Direction des soins d'utiliser le questionnaire « sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE » de manière systématique après la période d'intégration de 4 semaines pour en poursuivre l'amélioration.

3.6.3 Les difficultés

3.6.3.1 La gestion de projet

La prise de note, en simultanément, pendant l'animation des groupes de travail a été difficile d'où l'intérêt de la relecture de la synthèse et des modifications, dans un deuxième temps, par le groupe. Une difficulté a été la recherche des salles de réunions pour les groupes de travail, cela a été un réel frein et a compliqué la gestion de projet. En effet, la salle prévue initialement et réservée a été prise par la DRH. Le groupe projet a dû alors pour chaque date du planning, trouver au sein de la structure de Villejuif une nouvelle salle (au 1^{er} étage, au 5^{ème} étage, au 8^{ème} étage, au 13^{ème} étage ou au -1) après de nombreux appels. Certaines fois un changement de salle a dû être organisé le jour même, et les participants ont été prévenus par mail ou par téléphone, de la modification.

Concernant les données chiffrées, j'ai eu certaines difficultés pour les obtenir, agrémenter le projet et obtenir des indicateurs de départ du projet. Je voulais pouvoir définir des axes d'amélioration quantitatifs et qualitatifs.

Enfin, la mise en place de groupe « tutorat des étudiants infirmiers » a eu lieu en même temps sur l'établissement piloté par un des membres du groupe « *intégration des nouveaux arrivants* » ce qui pouvait amener à une confusion des groupes et des objectifs. J'ai anticipé cette confusion, dès la présentation du 07/01/2016, en précisant les objectifs de chacun. Malgré tout elle a perduré en arrière plan. Le groupe « tutorat des étudiants infirmiers » composé des IDEC de Villejuif et Chevilly-Larue, va être, de plus, amené à travailler avec « *le Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* » sur le terrain.

3.6.3.2 L'organisation institutionnelle

L'IDEC de mon service est partie à la retraite au 01/02/2016. Le recrutement de la nouvelle IDEC a été réalisé en Janvier par le coordonnateur et moi-même et son intégration a débuté ensuite, dès le 01/03/2016 (date de mise à disposition de son précédent service) et pour 4 semaines. Je lui ai organisé et planifié un programme d'encadrement et un parcours dans l'Etablissement et je l'ai accompagné dans ses apprentissages. Presque au même moment, le départ de l'IDEC de l'autre service d'ORL a perturbé les remplacements entre cadres et IDEC sur les deux secteurs et a augmenté l'activité professionnelle des deux cadres de santé.

D'autre part, l'activité est en augmentation croissante dans le service, où je suis cadre de santé, avec la double spécialité (chirurgie et chimiothérapie).

En ce début d'année, la période des Entretiens Annuels d'Evaluation (20 EAE IDE et AS à réaliser entre le 15/01/2016 et le 15/03/2016 pour ma part) est arrivée. Ceci a demandé une organisation particulière et une adaptation spécifique et les délais ont été dépassés.

De plus, la mise en place d'un nouveau logiciel HR Access de gestion des plannings et du temps de travail (formation et mise en place en même temps) a été réalisée en Janvier 2016, sans formation initiale et demandant du temps pour l'appropriation.

Enfin, des groupes de travail sont en cours sur l'Etablissement avec la certification prévue pour 2017 et la gestion du planning des différents groupes a été faite en conséquence.

3.6.4 Les indicateurs d'évaluation

Selon FERNANDEZ, « *Après une période raisonnable de fonctionnement, il est bon de procéder à des audits périodiques d'évaluation* »⁹⁶.

L'indicateur IQSS (Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins) est un outil d'évaluation de la qualité des soins en établissement de santé et de ses variations. Il s'agit de répondre aux objectifs fixés par la HAS et la DGOS. La mesure des indicateurs va de pair avec la certification pilotée par la HAS qui vise les mêmes objectifs. Il s'agit de mesurer l'impact de la mise en place de l'outil commun d'évaluation et de traçabilité : « *le Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* ».

⁹⁶ FERNANDEZ Alain, Le chef de projet efficace, 12 bonnes pratiques pour un management humain, Editions Eyrolles, 2014, page 22, Collection Gestion de projet.

Dans les trois types d'indicateurs qui existent, de structure, de processus et de résultats, l'indicateur de résultats me paraît le plus adapté car selon la HAS « *ils mesurent directement, à l'issue de la mise en œuvre d'un processus de soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité, de satisfaction et de sécurité* ».

Les IQSS sont alors alimentés par les données du dossier patient, les EPP réalisées en interne dans l'établissement régulièrement et par thème... Ce qui correspond aux évaluations qui vont être faites auprès des nouveaux embauchés.

Dans le cadre de mon projet, les indicateurs d'évaluation vont être le taux de participation aux réunions de travail (groupe de travail), le taux de satisfaction du programme d'encadrement (personnels, cadres, IDEC...), le taux d'utilisation et de remplissage du programme d'encadrement et le nombre d'exemplaires du « *Passeport de compétences* » fabriqués et distribués par le service de reprographie de GR. Et par la suite, le taux de satisfaction des nouveaux embauchés sera recherché.

3.6.5 Les perspectives d'évolution du projet

La Direction des Soins souhaite que le processus d'accueil, en tant qu'organisation, rentre dans les critères de la norme ISO 9001 révisée en 2015, système de management de la qualité dans lequel GR projette de s'inscrire. L'ISO 9001 est « *une norme qui établit les exigences relatives à un système de management de la qualité. Elle aide les entreprises et organismes à gagner en efficacité et à accroître la satisfaction de leurs clients* »⁹⁷.

En effet, il va s'agir d'une harmonisation des pratiques interservices, d'une amélioration de l'efficacité et de l'efficience, d'un maintien voire d'une promotion de la qualité.

D'autre part, il est prévu que le passeport soit ensuite créé et mis en place pour les autres professions paramédicales de l'établissement : AS, diététicien, kinésithérapeute... selon la même construction.

Auparavant, les services vont devoir établir un support d'évaluation et de traçabilité des spécificités (exemple : dialyse, trachéotomie...) de leur activité, puisque le « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* » ne concerne que le « commun » sur GR.

Dans la lignée du projet « *intégration des nouveaux arrivants* », la Direction des soins a aussi en projet un « flyer » destiné aux intérimaires IDE et aux agences d'intérim sur les attentes de l'Etablissement, les exigences en hygiène, la politique de soins, les éléments communs et indispensables pour travailler dans l'Etablissement.

⁹⁷ ISO 9001, En finir avec les idées reçues, en ligne, 2015, disponible sur : http://www.iso.org/iso/fr/iso_9001_debunking_the_myths.pdf, consulté le 13/11/2015.

La publication dans une revue professionnelle du groupe projet sur la mise en place et les résultats du projet fin 2017 est envisagée, pour une reconnaissance du travail de tous et une éventuelle appropriation du passeport par d'autres CLCC, par exemple, dans le souci d'un partage d'expériences. Une candidature pour les trophées infirmiers 2017 est aussi en projet.

CONCLUSION

Les compétences infirmières en cancérologie sont spécifiques. En effet, la prise en charge du patient est complexe, personnalisée et globale dans une démarche de qualité et sécurité des soins. Le thème « *intégration des nouveaux arrivants* » que j'ai choisi dans le projet de soins du projet d'Etablissement est particulièrement porteur et correspond à la culture de Gustave Roussy et à la volonté des professionnels de transmettre, quelle que soit leur fonction.

Selon ALTER, « *L'entreprise fonctionne, produit et innove parce que les opérateurs acceptent de s'a-donner à ses projets* »⁹⁸. En effet, piloter un projet était nouveau pour moi et j'éprouve une certaine satisfaction personnelle dans la programmation et la réalisation de celui-ci ainsi que dans l'accompagnement des professionnels. Le « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* » n'est pas encore mis en place et j'attends avec impatience, tout comme les participants, la maquette test et les premières impressions des services « testeurs » à partir de Septembre 2016. Il va s'agir de permettre au projet de vivre sur l'Institution et de le faire évoluer par un retour des remarques de la part des utilisateurs.

En tant que chef de projet, j'ai l'entière responsabilité de son échec ou de sa réussite. J'assure la coordination des acteurs et l'animation des groupes « projet » et de certains groupes de travail. Je définis les axes de travail et fixe des objectifs à atteindre. Je réalise la centralisation et la mise en œuvre du projet selon une planification préétablie. La transversalité du projet sur GR, m'a demandé de sensibiliser plus de professionnels, de communiquer de manière plus large, de décloisonner les organisations et de reconnaître les compétences sur un périmètre élargi. Cela a permis de confronter des pratiques professionnelles et des échanges d'expériences pour un enrichissement des compétences collectives. Les bénéficiaires du projet sont nombreux.

En effet, il s'agit tout d'abord des patients. En sécurisant les apprentissages des soignants, nous leur assurons une prise en charge de meilleure qualité. Puis nous faisons progresser les soignants, en leur assurant un développement de leurs compétences, dans leur exercice professionnel et dans une plus grande sécurité de soins.

⁹⁸ ALTER Norbert, Donner et prendre, la coopération en entreprise, Edition La découverte, 2009, 2010, Paris, page 10, Collection Encadrer à l'hôpital.

Enfin institutionnellement, en permettant des soins plus sécurisés et une évolution des compétences, nous permettons une attractivité, une diminution des coûts par une meilleure qualité et sécurité des soins et une satisfaction des personnes soignées.

Avec un positionnement de cadre supérieur et une autonomie dans la gestion du projet, j'ai su gérer les ressources, délimiter le projet, le planifier, l'organiser, le coordonner et le réaliser en utilisant le potentiel de compétences de GR. J'accompagne le changement par un management des Hommes et je permets au projet de s'ouvrir sur d'autres actions et d'autres ambitions.

BIBLIOGRAPHIE

Articles

- Association des infirmières et infirmiers du Canada, Certification infirmière en oncologie, Plan Directeur de l'examen et compétences de la spécialité, en ligne, 2013, 21p, disponible sur : <http://inf-fusion.ca/fr/certification/quest-ce-que-la-certification/competences-selon-les-specialites/soins-infirmiers-en-oncologie>, consulté le 03/01/2016.
- CANASSE Serge, Comment rendre un hôpital attractif, Organisation des soins, en ligne, Octobre 2008, disponible sur : <http://www.carnetsdesante.fr/Comment-rendre-un-hopital>, consulté le 14/11/2015.
- CHANDLER Genevieve Elizabeth, PhD, Succeeding in the first year of practice, Journal for nurses in Staff Development, en ligne, 2012, pages 103 à 107, disponible sur : http://www.umass.edu/nursing/sites/nursing/files/imagefield_thumbs/succeeding%20thr%20first%20year.pdf, consulté le 18/12/2015.
- De BOVIS-VLAHOVIC Camille, Le rôle de la confiance dans les pratiques de travail, dossier confiance et management, Soins cadres n° 96, Novembre 2015, pages 16 à 20.
- DICECCA Vincent, De BUCHET Pia, Résumé réalisé par REYMANN Alexandre, Les cinq clés du management transversal, les cahiers du DRH n° 196, en ligne, 12/04/2013, disponible sur : <http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/64840/les-cinq-cles-du-management-transversal.html>, consulté le 11/05/2016.
- DUMAY Marie-Françoise, La gestion des risques en établissement de santé, Démarche qualité et certification, Soins n° 729, Octobre 2008, pages 37 à 39.
- GESTIN Ambre, Manager des générations ou générer des managements ?, Dossier le Management Intergénérationnel, Soins cadres n° 88, Novembre 2013, pages 28 à 30.
- GIRAULT Yannick, Génération Y, Quel enjeu managérial pour le cadre de santé ?, Ressources Humaines, Objectifs Soins et Management n° 211, Décembre 2012, pages 22 à 25.
- HOEFFEL Olivier, L'ANI sur la QVT et l'Egalité Professionnelle, en ligne, 13 Juillet 2013, disponible sur : <http://laqvt.fr/lani-sur-la-qvt-et-legalite-professionnelle>, consulté le 21/04/2016.
- ISO 9001, En finir avec les idées reçues, en ligne, 2015, disponible sur : http://www.iso.org/iso/fr/iso_9001_debunking_the_myths.pdf, consulté le 15/11/2015.

- Le BOTERF Guy, De quel concept de compétence avons-nous besoin ?, Dossier Les compétences de l'individuel au collectif, Soins cadres n° 41, Février 2002, en ligne, 3p, disponible sur : <http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF>, consulté le 01/01/2016.
- MOSZYK Yannick, Le cadre au cœur de la professionnalisation, Ressources Humaines, Objectifs Soins et Management n° 240, Novembre 2015, pages 28 à 31.
- PHANEUF Margot, La souffrance des soignants un mal invisible... Jalons pour une réflexion, en ligne, 6p, disponible sur : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/La-souffrance-des-soignantes-.pdf>, consulté le 14/03/2016.
- PONTE Carène, Les pratiques professionnelles, La gestion des risques, Soins cadres de santé, supplément au n° 66, Juin 2008, S25 et S26.
- SEBASTIEN Sophie, Les soignants face à la mort, La revue de l'Infirmière, n° 180, Avril 2012, page 40, Edition Elsevier Masson, pages 39 à 41.
- Société de Réanimation de langue française, Référentiel de compétences de l'infirmière en réanimation, SRLF et Springer-Verlag, France, en ligne, 2011, 10p, disponible sur : <http://www.srlf.org/Data/Upload/Files/PDF/20110419-R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20IDE%20final.pdf>, consulté le 05/12/2015.
- SYLVESTRE Carole, Confiance et Management, De la confiance naît la performance, Soins cadres n° 96, Novembre 2015, page 15.
- VEGA Anne, La mort, l'oubli et les plaisirs, Les cheminements des patients dans le cancer du sein, Revue Internationale francophone d'anthropologie de la santé, en ligne, 2012, 20p, disponible sur : <http://anthropologiesante.revues.org/861>, consulté le 09/03/2016.

Cours

- MARCHAND Xavier, Management des Ressources Humaines, Développement des compétences : évaluer pour évoluer, 10 séances, Master MOS 2015/2016, UPEC.
- VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, GRH et Conduite du changement, Master 1 Management de la Santé, 2010/2011, UPEC.

Documents institutionnels

- Bilan social 2014, Gustave Roussy, 74p.
- Contractualisation interne des Départements, Charte de fonctionnement, version n° 1 du 24/10/2011, Gustave Roussy, 12p.

- Etre le futur aujourd'hui, Repères, disponible sur : <http://intranet.gustaveroussy.fr>.
- Fiche de poste Coordonnateur de soins du Département, Direction des Soins, DRH, Gustave Roussy, Juin 2010, disponible sur : <http://intranet.gustaveroussy.fr>.
- Livret d'accueil du personnel, Gustave Roussy, 47p.
- Newsletter n° 01, Certif 2017, Certification Objectif Juin 2017, en ligne, Avril 2016, disponible sur : <http://intranet.gustaveroussy.fr>, consulté le 02/05/2016.
- Projet de Soins, Gustave Roussy, 18p.
- Projet d'Etablissement 2015-2020, Gustave Roussy, en ligne, 74p, disponible sur : <http://www.gustaveroussy.fr/fichiers-statiques/flipbooks/pe-2015-2020/index.html>, consulté le 14/10/2015.
- Rapport annuel 2014, Gustave Roussy, Etre le futur aujourd'hui, en ligne, 70p, disponible sur : [http://www.gustaveroussy.fr/fichiers-statiques/flipbooks/rapport annuel 2014/index.html](http://www.gustaveroussy.fr/fichiers-statiques/flipbooks/rapport_annuel_2014/index.html), consulté le 12/11/2015.
- Référentiel de compétences IDE, Gustave Roussy, Direction des Ressources Humaines, 01/10/2007, 9p.
- Référentiel des compétences AS, Gustave Roussy, Direction des Ressources Humaines, 01/10/2007, 9p.
- Résultats CoVIGIR, Gustave Roussy, Mars 2016.

Mémoires

- CRELOT Frédéric, accueil et Intégration des nouveaux personnels : atouts et limites de la politique mise en place au centre hospitalier de Saumur, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, EHESP, 2012, en ligne, 71p, disponible sur : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/aah/crelot.pdf>, consulté le 29/11/2015.
- DESCHAMPS Olivia, Le parcours d'intégration des nouveaux professionnels à l'hôpital : un enjeu majeur des ressources humaines, l'exemple du Centre Hospitalier de Fougères, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, ENSP, 2006, en ligne, 87p, disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/memoires/2006/edh/deschamps.pdf>, consulté le 29/11/2015.
- WITZ Pascale, Restructuration d'un Département de Cancérologie Cervico-faciale, du parcours de soins du patient au parcours professionnel soignant, Projet Managérial, Master 2, Management des organisations soignantes, Paris, Ecole Supérieure Montsouris, 2010/2011, 60p.

Ouvrages

- ALTER Norbert, Donner et prendre, la coopération en entreprise, Edition La découverte, 2009, 2010, Paris, 232p, Collection Sciences humaines et sociales.
- BRIZON Hervé, L'intégration de nouveaux soignants, Guide-Suivi-Evaluation, Edition Masson, 2002, Paris, 108p, Collection Encadrer à l'hôpital.
- CORTES Nathalie, Manuel de secours à l'usage des cadres de santé, Editions Lamarre, 2010, France, 189p, Collection Fonction cadre de santé.
- DEJOUX Cécile, Gestion des compétences et GPEC, Edition Dunod, 2^{ème} édition, 2013, Paris, page 108.
- DEVIN Bernard, JOUVENOT Christian, LOISIL Florence, Du management des compétences au management du travail, Editions du réseau ANACT, 2009, Lyon, 303p.
- FERNANDEZ Alain, Le chef de projet efficace, 12 bonnes pratiques pour un management humain, Editions Eyrolles, 2014, Paris, 223p, Collection Gestion de projet.
- GABA-LEROY Chantal, BONNERY Anne-Marie, MARANDE Danièle, MICHOT Patricia, Prévention des risques dans l'unité de soins, Edition Masson, 2003, Paris, 135p, Collection Encadrer à l'hôpital.
- LAMBERT Jacques, Management intergénérationnel, Gestion des Ressources Humaines, France, Editions Lamarre, 2009, 270p, Collection Fonction cadre de santé.
- LUCAS André, Le développement des ressources humaines, Politiques, méthodes, outils, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Editions Presses de l'EHESP, 2^{ème} édition, 2014, 424p.
- NERE Jean-Jacques, Le management de projet, Edition Puf, 4^{ème} édition, 2015, Paris, 127p, Collection Encyclopédique, Que sais-je ?
- PASTRE Pierre, Apprendre à faire in : Bourgeois E. et Chapelle G. *Apprendre et faire apprendre*, PUF, 2006, 304p.
- STORDEUR Sabine, D'HOORE William, Attractivité, fidélisation et qualité des soins, 3 défis, une réponse, Gestion des Ressources Humaines, France, Editions Lamarre, 2009, 243p, Collection Fonction cadre de santé
- VAN DEN BULKE Philippe, MONEME Ivan, Manager et Managé sont dans un bateau..., Paris, Dunod, 5^{ème} édition, 2007, 208p.

Reuves

- Revue Soins, Les compétences infirmières et la formation initiale, Elsevier Masson, 2009, 20p.
- Soins cadres, La revue des Directeurs des soins et des cadres de santé, L'impact du numérique dans les formations, supplément au n° 96, Elsevier Masson, Novembre 2015, 29p.
- Soins cadres, Confiance et Management, n° 96, Elsevier Masson, Novembre 2015, pages 15 à 43.

Sites ressources

- Actualité et dossier en santé publique, Adsp, ELLENBERG Eytan, Le management des risques à l'hôpital, en ligne, Décembre 2003, n° 45, pages 63 à 66, disponible sur : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad456366.pdf, consulté le 28/04/2016.
- Agence Régionale de Santé, Ile de France, 20 millions d'euros attribués au projet TerriS@nté de l'ARS Ile-de-France pour déployer des solutions numériques au service de la santé, en ligne, 16 Septembre 2014, disponible sur : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/telemedecine/ARS_IDF_TerriS_nte_Dossier_de_candidature_DEF.pdf, consulté le 31/10/2015.
- Agence Régionale de Santé, TerriS@nté Le numérique au service de la santé en métropole du Grand Paris, en ligne, disponible sur : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Presse/9_Communiquees_presse_2014/CP_projetTerriSante_V2.pdf, consulté le 31/10/2015.
- Agence Régionale de la Santé, Ile de France, Les chiffres clés de la Santé en Ile de France, La santé en Ile de France, en ligne, 30 Mars 2011, disponible sur : http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/chiffres-cles-sante-idf.pdf, consulté le 01/11/2015.
- Agence Régionale de la Santé, Ile de France, Fusions hospitalières : s'adapter aux besoins des territoires, en ligne, 20 Mars 2015, disponible sur : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Fusions-hospitalieres-s-adap.180162.199.html>, consulté le 28/12/2015.
- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, Cartographie de l'offre de soins, en ligne, disponible sur : <http://carto-ets.atih.sante.fr/carto.php?ts=110200942>, consulté le 01/11/2015.

- APM International, Dépêche numéro 261435, en ligne, 20 Juillet 2015, disponible sur : http://www.apmnews.com/libre_story.php?domaine=1&numero=261435, consulté le 09/01/2016.
- Association canadienne des infirmières en oncologie, Normes de soins, rôles infirmiers en oncologie et compétences relatives aux rôles infirmiers, en ligne, Juillet 2001, disponible sur : http://www.aqio.org/docs/normes_de_soins_francais.pdf, consulté le 13/01/2016.
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, en ligne, disponible sur : <http://www.cnrtl.fr>, consulté le 06/11/2015.
- Dictionnaire de français Larousse, en ligne, disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/int%C3%A9gration/43533>, consulté le 29/11/2015.
- Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, DREES, BARLET Muriel et CAVILLON Marie, La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, Etudes et Résultats n° 759, en ligne, Mai 2011, 8p, disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er759.pdf>, consulté le 29/11/2015.
- Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, DREES, Les professions de santé, SICART Daniel, Document de travail, Série Statistiques n° 189, en ligne, Juin 2014, 94p, disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf>, consulté le 29/11/2015.
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, DREES, Recueil d'indicateurs régionaux - Offre de soins et état de santé, en ligne, 25 Août 2014, 55p, disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/recueil-d-indicateurs-regionaux-offre-de-soins-et-etat-de,11339.html>, consulté le 29/11/2015.
- GEORGET Patrice, SENEMEAUD Cécile, La psychologie sociale : présentation partielle et partielle, Séminaire le 20 Octobre 2004, en ligne, page 26, disponible sur : www.discip.ac-caen.fr/echo-gestion/.../conference_du_24-10-04_en_psychologie.ppt, consulté le 21/05/2016.
- Guide du service de soins infirmiers, DORE Anne-Marie, Ministère des Affaires sociales et de la santé, en ligne, 2001, 39p, disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf, consulté le 15/11/2015.
- Gustave Roussy présente sa nouvelle identité visuelle, communiqué de presse, en ligne, 18 Juin 2013, 2p, disponible sur : <http://www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/2013-06-18-nouvelle-identite-visuelle.pdf>, consulté le 14/10/2015.

- HAS, Haute Autorité de Santé, Accréditation et Certification, La certification des établissements de santé au cœur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en ligne, 15 Octobre 2010, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_411173/fr/mieux-connaître-la-certification-des-etablissements-de-sante/, consulté le 11/11/2015.
- HAS, Haute Autorité de Santé, Amélioration des pratiques et sécurité des soins, La sécurité des patients, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique, Partie 5 ; Des fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre, en ligne, 2012, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages65a220.pdf, consulté le 11/11/2015.
- HAS, Haute Autorité de Santé, La gestion des risques dans la certification des établissements de santé, en ligne, Décembre 2010 (12 Avril 2012), disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante, consulté le 15/11/2015.
- HAS, Haute Autorité de Santé, Manuel de certification des établissements de santé V2010, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en ligne, Janvier 2014, 112p, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf, consulté le 07/12/2015.
- HAS, Haute Autorité de Santé, La V2014, Les enjeux, en ligne, disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/la-v2014, consulté le 27/04/2016.
- HAS, Haute Autorité de Santé, Rapport de mission, État de l'art (national et International) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins, Chambre des représentants USA, 111th congress 02-2009, en ligne, Janvier 2012, disponible sur : http://www.has-Sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf, consulté le 28/04/2016.
- Institut National du Cancer, Missions et domaines d'intervention, en ligne, 5 Octobre 2015, disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Missions>, consulté le 11/11/2015.
- Institut National du Cancer, Plan cancer 2014/2019, en ligne, Février 2015, disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019>, consulté le 13/11/2015.
- Institut National du Cancer, Épidémiologie des cancers, en ligne, 5 Février 2016, disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>, consulté le 01/05/2016.

- Institut National de Veille Sanitaire, Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, communiqué de presse, en ligne, 11 Juillet 2013, disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communique-de-presse/2013/Evolution-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012>, consulté le 11/11/2015.

- Institut National de Veille Sanitaire, Les nouvelles données sur la survie des personnes atteintes de cancers en France métropolitaine, Communiqué de presse, en ligne, 2 Février 2016, disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communique-de-presse/2016/Les-nouvelles-donnees-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancers-en-France-metropolitaine>, consulté le 05/05/2016.

- Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, Diplôme de cadre de santé, Référentiels d'activités et de compétences, Document de travail, en ligne, Décembre 2012, 39p, disponible sur : http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/CdS/Cadres_sante_Ref_activites_et_compences_apres_18_12_2012.pdf, consulté le 27/10/2015.

- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Financement des établissements de santé, en ligne, 8 Juillet 2014, disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html>, consulté le 15/11/2015.

- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Soins infirmiers : normes de qualité, en ligne, 31 Août 2009, disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/soins-infirmiers-normes-de-qualite.html>, consulté le 02/01/2016.

- Ordre National des Infirmiers, Les infirmiers, Statistiques démographiques, en ligne, disponible sur : <http://www.ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers/la-profession-en-chiffre.html>, consulté le 27/04/2016.

- Recueil d'indicateurs régionaux, Offre de soins et état de santé, en ligne, 19 Août 2014 (Mise à Jour : 28 Août 2014), disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rir_doc_partie_2-ile-de-france_p84_85.pdf, consulté le 13/11/2015.

- Unicancer, la Charte UNICANCER, en ligne, Juin 2012, disponible sur : http://www.unicancer.fr/sites/default/files/Charte_UNICANCER_francais.pdf, consulté le 13/01/2016.

Textes réglementaires et législatifs

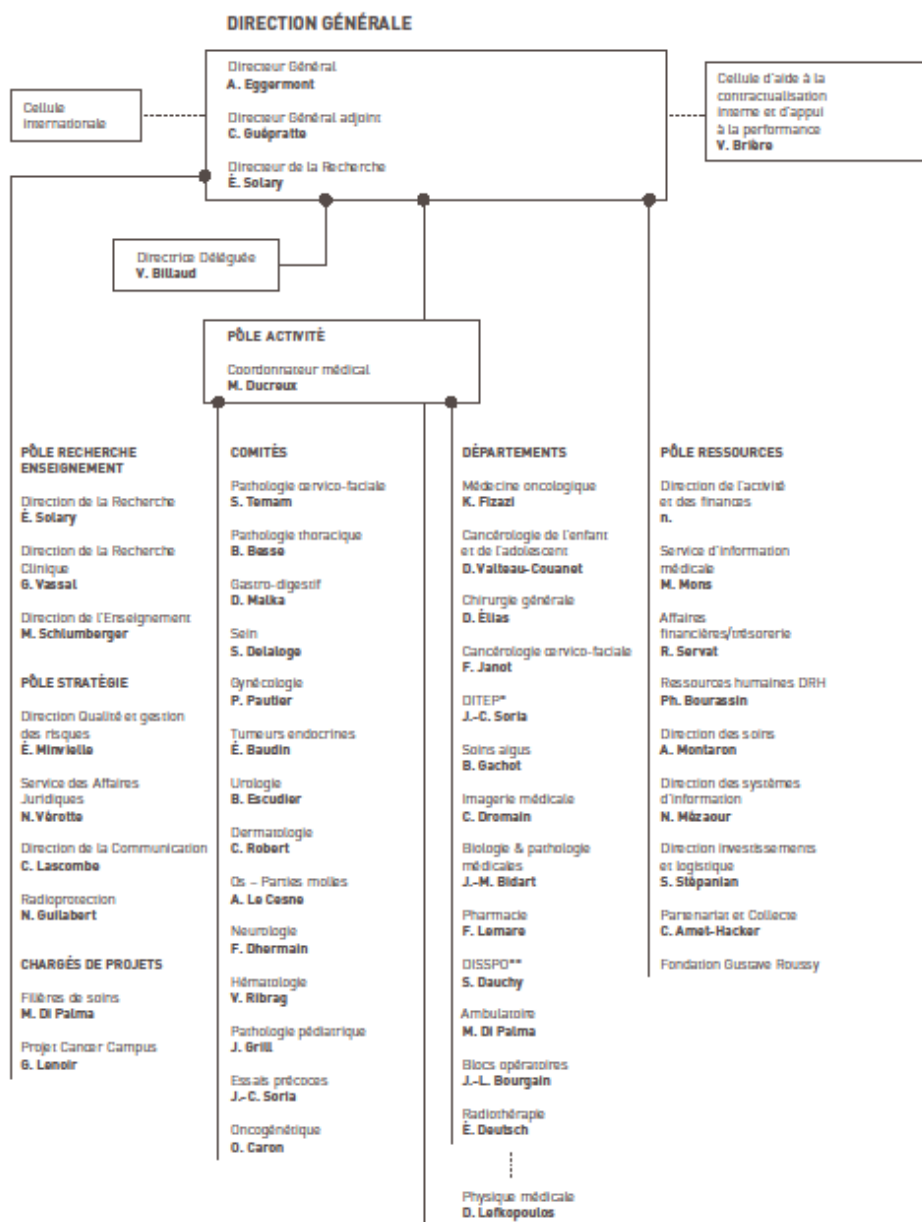
- LEGIFRANCE, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel n° 0167 du 22 juillet 2009, en ligne, page 12184, disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>, consulté le 11/11/2015.
- LEGIFRANCE, Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour l'année 2013, Journal Officiel n° 0052 du 2 mars 2013, en ligne, page 3899, texte n° 8, disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027123217&categorieLien=id>, consulté le 05/12/2015.
- LEGIFRANCE, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal Officiel n° 0022 du 27 janvier 2016, en ligne, article 107, disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=B35A503D4AC39178244962600ABEFD13.tpdila21v_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id, consulté le 21/02/2016.

TABLE DES ANNEXES

- ANNEXE 1** : Organigramme de GUSTAVE ROUSSY
- ANNEXE 2** : Organigramme de la Direction des Soins HOPITAL DE VILLEJUIF
- ANNEXE 3** : Organigramme de la Direction des Soins HOPITAL DE CHEVILLY
- ANNEXE 4** : Récapitulatif des réponses d'IDE postulant en chirurgie (générale ou ORL)
et Réponses d'une IDE postulante, en entretien avec moi (ORL)
- ANNEXE 5** : Récapitulatif des réponses d'IDE postulant en médecine
- ANNEXE 6** : Entretien avec la psychologue du travail
- ANNEXE 7** : Diagramme de Gantt : Projet création et mise en place du passeport de
compétences des infirmiers en cancérologie
- ANNEXE 8** : Choix du nom du support : avantages / inconvénients
- ANNEXE 9** : Programme Formation « *Maîtrise des Risques liés aux soins en oncologie* »
- ANNEXE 10** : Lettre de Mission du Projet Managérial
- ANNEXE 11** : Note de cadrage du Projet Managérial
- ANNEXE 12** : Tableau récapitulatif des réunions du groupe projet et des groupes de travail (avec
temps passé)
- ANNEXE 13** : Exemple de CR de réunion groupe projet
- ANNEXE 14** : Diaporama Réunion des cadres 07/01/2016
- ANNEXE 15** : Sondage à l'attention des nouveaux arrivants infirmiers
- ANNEXE 16** : Tableau récapitulatif des réponses des nouveaux embauchés
- ANNEXE 17** : Questionnaire des Directeurs de soins des CLCC et Google Forms
- ANNEXE 18** : Tableau récapitulatif des réponses Google Forms
- ANNEXE 19** : Tableau récapitulatif des réponses des Directeurs de soins des CLCC
- ANNEXE 20** : Trame du « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* »

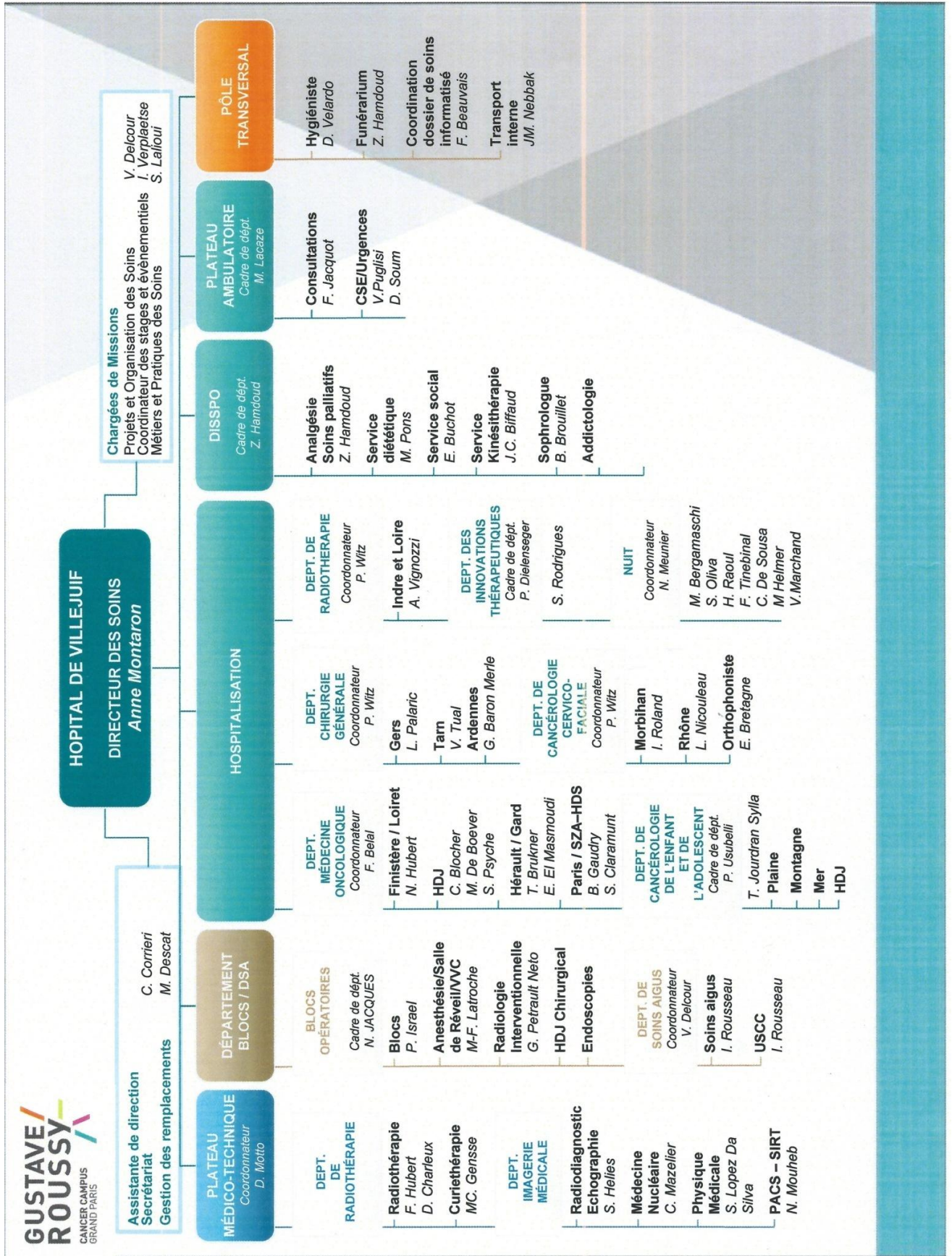
ANNEXE 1

ORGANIGRAMME DE GUSTAVE ROUSSY

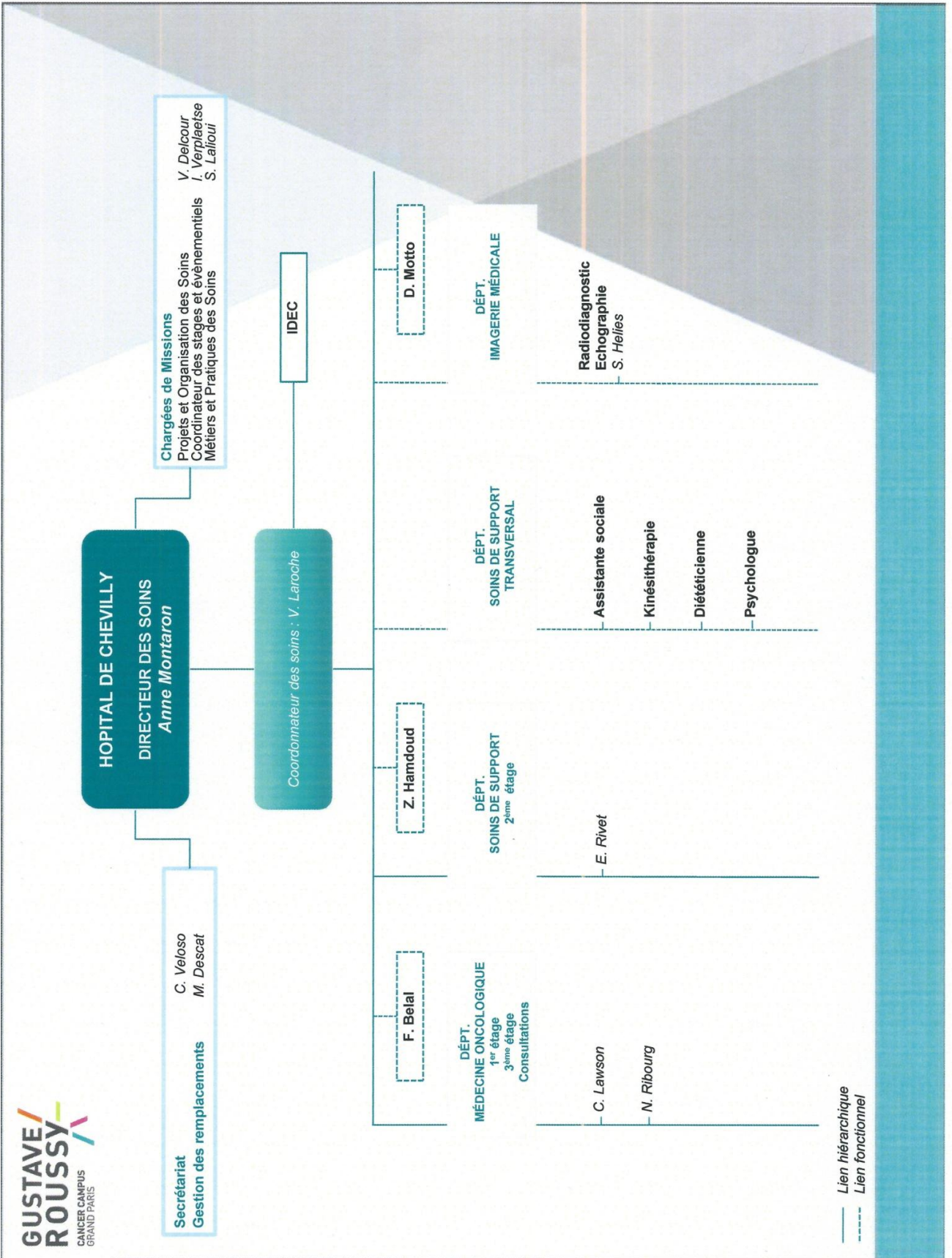


* DITEP : Département innovations thérapeutiques et essais précoces (créé le 1^{er} septembre 2013)
 ** DISSPO : Département Interdisciplinaire des Soins de Support aux Patients en Onco-hématologie

ANNEXE 2



ANNEXE 3



ANNEXE 4

Entretiens de recrutement avec le coordonnateur de soins du département de Chirurgie :
Réponses les plus fréquentes aux 3 questions ci-dessous (02/2016) et un entretien réalisé par
moi-même auprès d'une nouvelle IDE qui postule.

Pourquoi postuler en cancérologie ?	Pourquoi postuler à Gustave Roussy ?	Quelle est votre vision de la maladie grave ?
REPONSES ENTRETIENS AVEC COORDONNATEUR DE SOINS		
<p>« Comprendre le cancer » « Démarche, approche des patients », « cancer = relation » « Approcher la maladie, apprendre » « Travail en équipe » « Cohérence de prise en charge » « Prise en charge y compris sociale » « Approche multidimensionnelle dans les soins donnés aux patients » « Ecouter, accompagner les malades » « Prise en charge globale, entourage à prendre en compte » « Prise en charge relationnelle et technique » « Stage réalisé en cancérologie » « TFE en lien avec la cancérologie » (soins palliatifs, soins de support, douleurs, éducation thérapeutique) Quand stage réalisé en cancérologie : IDE sont convaincus de multidisciplinarité, de travail en équipe, de solidarité. Alliance technique, approche organisatrice. Pas de discours négatif sur la charge de travail.</p>	<p>« Bonne renommée » « Carte de visite » « Compétences techniques » « Centre de recherche » « Formations » « Très bon encadrement » « Pas loin de chez moi » « Car du 12 heures » « Recherche technicité » « Application protocoles et procédures » « Education des patients (information du patient) » « Valeurs professionnelles de solidarité » « Approche relationnelle »</p>	<p>« Mort » « Emotions » « Dimension publique » « nationale », « population jeune » « Image cancer : aide » « Aider les gens » « Altruisme »</p>
REPONSES D'UN ENTRETIEN, AVEC MOI, D'UNE NOUVELLE IDE QUI POSTULE		
<p>« Pathologies, prise en charge pluridisciplinaire » « Relationnel en cancérologie n'a rien à voir » « Soins techniques : pansements » « Varié, chirurgie, réa, urgences, médecine »</p>	<p>« Spécialité cancérologie » « A travaillé au service hôtelier de l'hôpital avant » « Réputation » « Attirance »</p>	<p>« Beaucoup de recul : barrières entre les situations de travail et la maison » « Histoire de famille a forgé mon caractère » « Détachement par rapport aux situations » « La mort ne me fait pas peur »</p>

ANNEXE 5

Entretiens de recrutement avec le coordonnateur de soins du département de Médecine :

Réponses les plus fréquentes aux 3 questions ci-dessous (03/2016)

Pourquoi postuler en cancérologie ?	Pourquoi postuler à Gustave Roussy ?	Quelle est votre vision de la maladie grave ?
REPONSES ENTRETIENS AVEC COORDONNATEUR DE SOINS		
<p><i>Spécialité en pleine évolution</i></p> <p><i>Intérêt pour la cancéro à travers les cours, les expériences de stage sur GR ou approche de la cancéro dans d'autres établissements</i></p> <p><i>Expérience d'accompagnement d'un proche sur GR</i></p> <p><i>Connaissance en interne, qui recommande GR</i></p>	<p><i>Renommée, près du domicile</i></p> <p><i>Réputation : pour la qualité des soins</i></p> <p><i>IFSI partenaires qui encouragent les étudiants à postuler</i></p> <p><i>Hôpital mono spécialité offrant différentes possibilités d'évolution (pédiatrie, médecine, chirurgie...)</i></p> <p><i>cf. site internet</i></p>	<p><i>Traitement long avec beaucoup d'effets secondaires et souvent avec peu de résultat</i></p> <p><i>Apprendre à annoncer l'arrêt des traitements curatifs</i></p> <p><i>Consacrer du temps aux patients en fin vie</i></p> <p><i>Demande de formation pour la gestion des symptômes et le confort du patient en fin de vie</i></p> <p><i>Le rôle relationnel de l'infirmière est très important</i></p> <p><i>Expliquer les différentes étapes de prises en charge</i></p> <p><i>Etre à l'écoute de l'entourage</i></p>

ANNEXE 6

Entretien avec Mme P., psychologue du travail

Mercredi 09/03/2016 de 15h à 16h

Q1 : Date de votre arrivée sur GR et donc d'un psychologue du travail sur l'établissement ?

- 4 ans (le 19/03) pour les deux.
- L'enquête sociale de 2011 a mis en avant le besoin d'un psychologue du travail (avant l'équipe d'onco-psycho de l'établissement gérait le personnel de manière ponctuelle et exceptionnelle)

Q2 : Quelles sont vos missions ?

Contribuer à la prévention des risques psychosociaux et à la promotion du bien être au travail.

3 AXES :

- Prévention primaire : en amont des dysfonctionnements organisationnels (organisation du travail et relations de travail),
- Prévention secondaire : Sensibilisation et formation sur le repérage des RPS, les leviers d'action pour réduire les RPS et favoriser le bien-être au travail, sur la prévention du burn out et la qualité de vie au travail (pilotage/être acteur),
- Prévention tertiaire : Curatif, agir en situation dégradée, prise en charge pluridisciplinaire, orientation à l'extérieur (réseau de professionnels de santé de ville à Paris et RP).

Propose une aide individuelle, une aide collective (animation de groupes de parole), un rôle de médiation dans la gestion des conflits, une intervention psychologique immédiate en situation de crise ou d'urgence et un rôle de plus en plus de conseils, de coaching.

Possibilité d'accompagnement d'équipe par un coach extérieur grâce au pôle Développement Professionnel.

Q3 : Combien de consultants recevez-vous par an toute profession confondue ?

- En 2015 : 920 consultations (4 à 5 consultations par jour en moyenne).
(NB : entre mars 2012 et décembre 2012, 200 à 300 consultations)

Q4 : Recevez-vous des jeunes professionnels en début d'exercice ? Avez-vous déjà eu des jeunes professionnels pendant le mois d'encadrement ou les 3 mois de période d'essai ? Ont-ils eu connaissance de votre existence sur l'établissement à leur arrivée? Si oui, par qui ?

- Les professionnels en début de carrière ou en fin de carrière sont à risque. Les jeunes professionnels consultent aussi.
- Flyers « le secteur de santé au travail de Gustave Roussy » et « Dans le cadre du Service de Santé au Travail, S. P, Psychologue » sont remis à l'embauche par la DRH ou à la visite d'embauche en médecine du travail.

Q5 : Avez-vous perçu et observé des difficultés de jeunes soignants face à la maladie grave ou face à la mort ? Si oui, lesquelles ?

- Différences de perception en chirurgie et en médecine, entre les corps de métier.
- Selon le public, le rapport à la mort est différent (exemple : la pédiatrie).
- Le rapport aux patients est différent, la chirurgie est encore considérée comme du curatif, permettant de « guérir » le patient sans la nécessité de recourir aux traitements stigmatisants de la chimiothérapie par exemple, ce qui est moins le cas en médecine. Les représentations sociales relatives au cancer étroitement associé à la mort n'évoluent pas au même rythme des progrès en médecine. Ces représentations ont un impact sur le vécu du patient et de sa maladie ainsi que sur les enjeux de la relation soignant-soigné.
- Groupes de paroles dans les services de médecine à la demande, en situation aigüe (dans les 48 heures). Le seuil de tolérance est dépassé (« le trop », trop de décès, trop de détresse, trop d'agressivité des familles notamment, etc.). Groupe de parole mensuel avec l'EMASP et le CETD.
- Motifs de consultation : rapport difficile à la mort, situations cliniques et éthiques complexes et quand rappelle trop le vécu personnel (maladie ou décès d'un proche à GR par exemple).
- L'hôpital est un haut lieu émotionnel. La fatigue compassionnelle est inhérente aux soins et peut participer à l'installation du syndrome d'épuisement professionnel des soignants quant à ce risque s'ajoutent des contraintes organisationnelles pesantes, des relations de travail difficile, etc. autant de facteurs aggravants. Cependant, la fatigue compassionnelle tout comme le burn out peuvent être évités par des stratégies d'adaptation et de préservation tant sur le plan individuel que collectif.
- Il existe des facteurs de vulnérabilité individuels au burn out et cela dépend aussi de l'âge, des épreuves de la vie...
- La bonne distance soignant/soigné doit être respectée. Si une mauvaise organisation se rajoute en plus, le risque de burn out augmente.
Deux manières utilisées pour se protéger : la distanciation par rapport aux patients et une identification excessive qui peuvent entraîner une angoisse de mort. Dans les deux cas, si ces positions sont excessives, elles s'avèrent inadaptées pour une bonne prise en soin.

Q6 : Quelles sont les possibilités d'accompagnement du personnel sur GR ? Groupes de parole ? Ligne téléphonique pour la nuit ?... Est-ce qu'elles sont utilisées ?

- Entretien individuel (psychologue du travail et médecin du travail)
Le personnel de nuit est reçu principalement sur le créneau de 18 heures.
- Groupes de parole (créativité/astuces) à la demande du personnel ou de l'encadrement
Les groupes de parole en médecine, en pédiatrie (décès inattendu, difficile, contraintes organisationnelles) et avec l'équipe de l'EMASP/CETD sont les plus réguliers.

L'équipe EMASP/CETD a un groupe de parole 1 fois par mois pour échanger sur les situations et éviter l'épuisement professionnel.

- La ligne bleue ou ligne téléphonique ne fonctionne plus, n'a pas eu de succès, non utilisée.
- La médecine du travail oriente vers la psychologue du travail. Les cadres aussi et la majorité des salariés consultent spontanément.

Q7 : Avez-vous un lien direct avec la médecine du travail ? Si oui, par quel moyen ?

Une équipe pluridisciplinaire : le secteur de santé au travail (2 médecins du travail, 3 infirmières en santé au travail, un chargé de mission handicap, un ergonome et une psychologue).

Secret partagé.

Si incidence somatique, le soignant prend RDV lui-même avec le médecin du travail ou si urgence, prise de RDV en direct auprès de la médecine du travail.

Le médecin du travail adresse aussi le personnel.

Q8 : Pouvez-vous me donner les résultats de l'enquête satisfaction au travail que vous avez réalisée en 2013 ?

Le but de ces enquêtes est de permettre à l'encadrement de proximité de mieux piloter les questions psycho-sociales en permettant aux collaborateurs de s'exprimer sur leur vécu au travail afin de mesurer par ce biais les déterminants de la satisfaction au travail qu'il conviendrait de mobiliser ou de renforcer.

OUI, la synthèse. Les résultats par département demeurent confidentiels pour éviter de comparer les secteurs entre eux. Les bureaux de département communiquent éventuellement les éléments relevant de la responsabilité de la gouvernance, notamment sur les questions des moyens nécessaires pour réaliser le travail.

Un bilan sur 10 enquêtes de satisfaction au travail a été communiqué au niveau du CODIR Hôpital, du CHSCT et de la CME

Il faudrait faire un baromètre 2/3 ans après.

« La qualité de vie au travail c'est l'affaire de tous ».

AVANTAGES /INCONVENIENTS : Nom du support

ANNEXE 8

NOM/GROUPE DE NOMS	AVANTAGES	INCONVENIENTS
PORTFOLIO	<p>Court</p> <p>Fait penser à évaluation</p> <p>Portefeuille en anglais</p>	<p>Définition peu spécifique de portfolio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensemble d'estampes ou de photographies, à tirage limité, réunies sous emboîtement. - Recommandation officielle pour press-book (LAROUSSE) <p>Plutôt artistique initialement</p> <p>Rappelle le portfolio étudiant et risque de fermer certaines portes dans l'investissement</p> <p>Manque l'idée de professionnalisation, de professionnels diplômés qui poursuivent leurs apprentissages</p>
PORTEFEUILLE DE COMPETENCES	<p>Portefeuille Définition plus large avec la notion de 2 parties (livret d'information et évaluation)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petit étui formé de deux parties qui se replient l'une sur l'autre, muni de compartiments où l'on met ses papiers, ses billets de banque, etc. - Vieux. Enveloppe de carton, de cuir, etc., dans laquelle on met des papiers, des documents. - Charge d'un ministre ; département ministériel. (LAROUSSE) <p>Compétence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aptitude d'une autorité à effectuer certains actes. - Aptitude d'une juridiction à instruire et à juger une affaire. - Capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger : <i>Avoir des compétences en physique.</i> <p>La compétence est liée à la situation ou aux situations de travail donc le terrain, elle ne s'évalue qu'en activité.</p>	<p>Groupe de mots donc plus long</p> <p>A faire rentrer dans les esprits</p> <p>Le portefeuille des compétences existe déjà dans la VAE</p> <p>http://www.vae.gouv.fr/espace-ressources/fiches-outil/realiser-votre-portefeuille-de.html</p> <p>« C'est un outil unique et personnel qui peut vous accompagner tout au long de votre vie personnelle et professionnelle. Il permet de rassembler les preuves des compétences et des connaissances que vous avez acquises au cours de vos différentes expériences personnelles et professionnelles ».</p> <p>Projet innovant ? Nom innovant ?</p>

AVANTAGES /INCONVENIENTS : Nom du support

<p>PASSEPORT DE COMPETENCES EN CANCEROLOGIE</p>	<p>Concret : livret Compétences/activités</p> <p>Passeport - Document délivré par l'autorité de police pour permettre le passage des frontières de certains États. « Laissez-passer pour travailler, autorisation de travailler » dans notre cas - Livre donnant des conseils : Passeport pour la retraite (LAROUSSE)</p> <p>Compétence Idem ci- dessus</p> <p>Oncologie Étude des tumeurs, en particulier des tumeurs malignes. (Dans ce dernier cas, cancérologie.)</p> <p>Ce passeport peut représenter une carte d'identité professionnelle si l'agent rentre lui-même ses formations suivies, les grilles d'audit, les RMM, les cours...</p>	<p>Groupe de mots donc plus long</p> <p>A faire rentrer dans les esprits</p> <p>Passeport de compétences existe en Bourgogne, Passeport Européen de Compétences existe aussi, D'où le passeport de compétences en cancérologie</p> <p>Projet innovant, nom innovant</p>
--	--	--

MAÎTRISE DES RISQUES LIÉS AUX SOINS EN ONCOLOGIE

OBJECTIF GLOBAL

Améliorer la prise en charge des patients et contribuer à l'implication des professionnels de santé dans la qualité et la sécurité des soins dans le respect du Plan Cancer

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Acquérir ou actualiser ses connaissances sur la pathologie cancéreuse et sur les traitements spécifiques
- Intégrer la démarche de prise en charge globale du patient de cancérologie dans une approche inter et pluridisciplinaire des soins

DPC

ORIENTATION(S) NATIONALE(S)

Orientation n° 1
Orientation n° 3

PUBLIC CIBLE

Tout soignant

CATÉGORIE PROFESSIONNELLE DPC

Aide-soignant, Auxiliaire de puériculture,
Manipulateur radio, Infirmier, Diététicien,
Kinésithérapeute

FORMAT : Présentiel

DURÉE : 21 heures

DATES : à définir

LIEU : Europe [-1]

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES :

Apports théoriques
Ateliers

PRÉREQUIS

Nouveau personnel soignant

FORMATEUR INTERNE

Personnels Gustave Roussy référents
d'un secteur ou d'une spécialité

PROGRAMME

Politique des soins et règles professionnelles
confidentialité, dossiers de soins et traçabilité,
bienveillance patients et équipes

Dilution et calcul de doses

Transfusion, (Contrôle ABO, Hémovigilance)

Oncogénèse, chimiothérapie et effets secondaires

Iatrogénie médicamenteuse

Charte du patient et responsabilité juridique
des soignants

Qualité et gestion des risques

Identitovigilance

Onco-gériatrie, contentions et prévention des chutes

Psycho-oncologie et états confusionnels

Prévention des infections nosocomiales

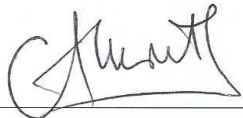

Infectiovigilance

Prise en charge des cathéters veineux centraux

Qualité de tenue du dossier de soins

 <p>GUSTAVE ROUSSY CANCER CAMPUS GRAND PARIS</p>	<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »</p>	 <p>UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL VAL DE MARNE</p>
	Année universitaire 2015-2016	Page 1 sur 2

Commanditaire	Directeur des Soins de Gustave Roussy Anne Montaron
Nom du responsable du projet	Cadre de santé Laurence Nicouleau
Missions du responsable de projet	<p>Uniformisation des supports d'encadrement pour les nouveaux infirmiers arrivants à Gustave Roussy : Intégration des nouveaux infirmiers. Création, entre autre, d'un portfolio nominatif par nouvel embauché pour une meilleure traçabilité des enseignements donnés et reçus, ceci pour une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Réalisable grâce à la participation des cadres et IDE, tuteurs ou non tuteurs de l'établissement. Réalisation d'une enquête de satisfaction professionnelle au regard du portfolio par la suite.</p> <p>Mission transversale pour une fidélisation, une attractivité, développer un parcours professionnel en oncologie, favoriser les échanges professionnels et consolider la pratique des EPP.</p>
Moyens alloués	<p>Moyens humains : personnels sur place Temps transversal Direction des Soins Temps de réunion sur le temps de travail en fonction du calendrier prédéterminé. Salle de réunion à réserver Moyens existants institutionnels (informatique, adresse mail, fournitures de bureau, reprographie...)</p>
Modalités de reporting	<p>Calendrier de reporting RDV avec le groupe projet mensuel et compte rendu systématique pour préciser l'avancée du projet (ordre du jour avant chaque RDV) Constitution de groupes de travail, réunions et</p>

	<p>systématique</p> <p>Présentation du projet à la réunion des cadres institutionnelle pour un investissement de tous</p>
Durée	1 an
Documents de référence	<p>Documents d'encadrement existants dans les différents services de l'établissement.</p> <p>Documents de formation « accueil »</p> <p>Recommandations émises par les différentes instances (CLUD, CLIN, Plaies et cicatrisation...)</p> <p>Bibliographie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins infirmiers : normes de qualité, 31 août 2009, http://www.sante.gouv.fr - ALTER Norbert, Donner et prendre, la coopération en entreprise, Ed. La découverte, Paris, 2009, 2010, 232p. - BRIZON Hervé, L'intégration de nouveaux soignants, Guide-Suivi-Evaluation, Paris, Ed. Masson, 2002, 108p. - NERE Jean-Jacques, Le management de projet, Que sais-je ?, Ed. Puf, 2006, 127p. - STORDEUR Sabine, D'HOORE William, Attractivité, fidélisation et qualité des soins, 3 défis, une réponse, Fonction cadre de santé, Gestion des Ressources Humaines, France, Ed. Lamarre, 2009, 243p. - Gestion des risques et rôle du cadre - Bilan social 2014 - Contenu de la formation « accueil » sur l'Etablissement - Projet d'établissement 2015/2020 - ...
Date : 10.11.2015	Date : 09/11/2015
Signature du commanditaire	Signature du responsable de projet
	

ANNEXE 11

NOTE de CADRAGE

Pôle ou service : CANCEROLOGIE CERVICO FACIALE

Nom : NICOULEAU LAURENCE

Fonction : CADRE DE SANTE

Intitulé du projet	Uniformisation des supports d'encadrement pour les nouveaux infirmiers arrivants à Gustave Roussy : Intégration des nouveaux IDE
Responsable(s) du projet (validation des étapes)	Directeur des soins
Chef de projet ou équipe projet – Animation du projet	Laurence Nicouleau : chef de projet L'équipe projet est composée au total de 4 personnes 1 coordonnateur manipulateur radio, 1 cadre manipulateur radio et 2 cadres IDE (dont moi)
Composition du groupe de travail (si existant) ou instances concernées ou personnes ressources	Groupes de travail composés de cadres, d'IDEC, d'IDE et d'AS Constitution en février 2016
Origine du projet / Argumentaire / Liens avec actions/projets en cours	Maintien et Amélioration de la compétence professionnelle Projet d'établissement 2015/2020 // Projet de soins avec la fiche actions : Axe 3 Gestion des activités paramédicales Thématique : Maintenir et Développer les compétences Origine de la problématique : temps consacré à la formation, respect partiel de la réglementation des professionnels de santé, Développement professionnel continu et adaptation à l'évolution des pratiques.
Périmètre du projet et population concernée	Tous les nouveaux professionnels IDE arrivant à Gustave Roussy de nuit comme de jour (Les Manipulateurs radios ne seront pas abordés) Tous les services sont concernés
Objectif primaire	Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Structurer le discours pédagogique autour des tuteurs et autour des soins
Objectif secondaire	Attractivité Développer un parcours professionnel en oncologie (mobilité) Consolider la pratique de l'évaluation professionnelle Favoriser les échanges professionnels
Contraintes	Diversité des supports existants, spécialités différentes par service malgré le point commun qui est la cancérologie, le risque de la résistance au changement et la volonté de conserver les supports par service ou par secteur et le besoin de temps
Ressources documentaires	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche de poste IDE - Données DRH (nombre d'embauches IDE par mois, par an sur la structure... durée de travail moyen d'une IDE sur la structure...) Bilan social 2014 - Cartographie France, Ile de France, Val de Marne, Gustave Roussy... recrutement, santé... organisation de l'offre de soins

<p>Ressources documentaires (Suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Projet d'établissement, Fiches actions du projet de soins - Plan cancer 2014/2019 - Contenu de la formation accueil des nouveaux arrivants (formation institutionnelle) sur 2,5 jours - Textes législatifs et réglementaires - Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse de Sabine STORDEUR, William d'HOORE 12 Mars 2009 - L'intégration des nouveaux soignants Guide-Suivi-Evaluation, Hervé BRIZON - Donner et prendre, La coopération en entreprise, Norbert ALTER - Site ANACT Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail : les clés d'une intégration réussie - Gestion de projets le guide exhaustif du management de projets Robert BUTTRICK 4^{ème} édition enrichie Pearson - Gestion des risques et soins infirmiers Tome 7 Carole SIEBERT 09/2004 Elsevier-Masson - Cours Master II Management des organisations soignantes - Soins infirmiers : normes de qualité, 31 aout 2009, sante.gouv.fr http://www.sante.gouv.fr/soins-infirmiers-normes-de-qualite.html
<p>Modalités de travail Méthodologie utilisée</p>	<p>Constitution d'un groupe de travail institutionnel Planification des étapes projet (avant projet, différentes phases, bilan et clôture) Recensement des documents par le groupe dans tous les services et Mise en commun Organisation de réunions avec CR de celles-ci (calendrier des réunions) avec validation par le chef de projet après chaque réunion Travail de réécriture d'un tronc commun institutionnel : programme complet d'intégration et d'évaluation Entretiens avec les différents acteurs (DRH, pôle formation...) Création d'un questionnaire de satisfaction de l'accueil des nouveaux arrivants Création d'un portfolio par secteur (3 – 6 – 12 mois)</p>
<p>Echéance/Calendrier</p>	<p>Au moins 1 an (test en septembre 2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunions groupe projet fixées - Présentation du projet réunion des cadres janvier 2016 - 15/01/2016 : Compétences identifiées et rédigées - Détermination des groupes de travail avec nom des participants 01 Février 2016
<p>Résultats attendus</p>	<p>Création d'un « portfolio » nominatif Traçabilité des enseignements donnés et reçus Sécurité des soins (Gestion des risques) et polycompétence IDE Amélioration continue de la qualité des soins et donc de la qualité de prise en charge des patients Enquête de satisfaction professionnelle</p>
<p>Modalités d'évaluation /suivi (indicateurs)</p>	<p>Questionnaire de satisfaction de l'accueil des nouveaux arrivants Fidélisation du personnel IDE embauché Evaluation des compétences acquises par des audits, EPP Evaluation de la satisfaction des patients</p>

Tableau récapitulatif des réunions du groupe projet et des groupes de travail

ANNEXE 12

DATES	TEMPS PASSE	PERSONNES PRESENTES	OBJECTIFS
Réunion n° 1 27/10/2015 à 11h30	1h30	SL, IV, LN	Point sur l'avancement Lancements groupe IDE
Réunion n° 2 28/10/2015 à 14h30	2h	SL, IV, DM, LN, AMO	Présentation du projet
Réunion n° 3 10/11/2015 à 14h30	1h	SL, LN	Etat d'avancement du projet
Réunion n° 4 19/11/2015 à 14h30	1h30	SL,IV,LN	Etat d'avancement (Gantt, items communs...)
Réunion n° 5 01/12/2015 à 11h	1h30	SL,IV,LN	Etat d'avancement Préparation réunion du 08/12
Réunion n° 6 08/12/2015 à 8h30	1h	IV, DM, LN, AMO	Etat d'avancement, validation mensuelle par AMO
Réunion n° 7 29/12/2015 à 14h	1h30	SL, LN	Préparation réunion des cadres du 07/01/2016
Réunion n° 7 (suite) 30/12/2015 à 8h30	1h	SL, LN, AMO	Validation du diaporama par AMO
Réunion n° 8 05/01/2016 à 14h	2h	SL, LN, IV, AMO	Validation des items communs, relecture du diaporama
Réunion n° 8 (suite) 06/01/2016 à 10h	1h	SL, LN, IV, DM, AMO	Finalisation et validation diaporama pour réunion des cadres
Réunion n° 9 07/01/2016 à 15h	1h30	Réunion des cadres, Feuille d'émargement ok 34 coordonnateurs, cadres de département et cadres de proximité ont signé la feuille + LN et AMO	Présentation du projet à l'aide du diaporama.ppt aux cadres de l'Etablissement
Réunion n° 10 12/01/2016 à 15h	1h30	SL, LN, IV et DM	Etat d'avancement
Réunion n° 11 28/01/2016 à 14h	1h	SL, LN, IV	Etat d'avancement
Réunion n° 12 01/02/2016 à 11h 09/02/2016 à 14h30 10/02/2016 à 11h	1/2h 1/2h 1h	SL, LN, IV, DM et AMO	Etat d'avancement, validation participants aux groupes
Réunion n° 13 23/02/2016 à 14h	1h	SL, LN, IV	Préparation des groupes de travail
Groupe de travail 07/03/2016 à 14h30	1h30	IV, SL	Groupe 1, ordre du jour, document de travail (1)

LN, SL, IV : Groupe projet

DM : Coordonnateur de Radio

AMO : Directeur des soins

Tableau récapitulatif des réunions du groupe projet et des groupes de travail

Groupe de travail 10/03/2016 à 14h30	1h30	LN, SL	Groupe 2, ordre du jour, document de travail (1)
Groupe de travail 11/03/2016 à 14h30	1h30	SL	Groupe 3, ordre du jour, document de travail (1)
Groupe de travail 21/03/2016 à 14h30	1h30	IV	Groupe 1, ordre du jour, document de travail (2)
Groupe de travail 31/03/2016 à 14h30	1h30	LN	Groupe 4, ordre du jour, document de travail (1)
Groupe de travail 04/04/2016 à 14h30	1h30	IV	Groupe 1, ordre du jour, document de travail (3)
Réunion n° 14 06/04/2016 à 10h	1h	LN, SL, DM, AMO	Point d'avancement Présentation du passeport
Groupe de travail 07/04/2016 à 14h30	1h30	LN	Groupe 2, ordre du jour, document de travail (2)
Groupe de travail 08/04/2016 à 14h30	1h30	SL	Groupe 3, ordre du jour, document de travail (2)
Réunion n° 15 19/04/2016 à 16h	1h30	LN, IV, SL	Point d'avancement Discussion présentation
Groupe de travail 21/04/2016 à 14h30	1h30	LN	Groupe 4, ordre du jour, document de travail (2)
Groupe de travail 10/05/2016 à 14h30	1h30	SL	Groupe 3, ordre du jour, document de travail (3)
Groupe de travail 11/05/2016 à 14h30	1h30	LN	Groupe 2, ordre du jour, document de travail (3)
Groupe de travail 12/05/2016 à 14h30	1h30	LN	Groupe 4, ordre du jour, document de travail (3)
TOTAL temps passé à ce stade	41h30		
Réunion n° 16 02/06/2016			
Réunion n° 17 09/06/2016 à 14h30		+ AMO	Point d'avancement
Réunion n° 18 30/06/2016			
Groupe de travail (tous) En attente réponses Doodle	1h30		Rencontre entre tous les participants
Réunion n° 19 12/07/2016			
Réunion n° 20 07/09/2016			

LN, SL, IV : Groupe projet

DM : Coordonnateur de Radio

AMO : Directeur des soins



COMPTE RENDU du 10 novembre 2015 Réunion n° 3 Groupe projet intégration des nouveaux arrivants

Présents : LN, SL

Excusés : IV

Ordre du jour :

Population « cible » :

La notion de population cible, c'est-à-dire, infirmier nouveau arrivant, a été définie. Ce choix résulte du travail de LN et validé par AMO. Cependant, elle n'exclut pas la population cible des manipulateurs radio, qui est analysée notamment par DM. Cette notion est un des points de départ du projet. En effet, il est envisagé de recueillir un maximum de données concernant les attentes et retours des nouveaux arrivants infirmiers à l'institut. Ce recueil pourra se réaliser au travers d'une enquête. LN est en cours de réflexion afin de réaliser un questionnaire à destination des nouveaux infirmiers.

Point des items du socle commun :

LN a mis par écrit certains éléments appartenant au socle commun. Ce document est encore en cours de travail. Il a été choisi de réaliser une réflexion parallèle de recueil du socle commun, par SL et IV. Ce recensement sera issu de la documentation des secteurs soins jour et nuit. L'objectif étant de partager les deux travaux afin d'en dégager les items principaux. Cela reste une priorité à ce jour.

Echange des contenus de la formation accueil de Gustave (apports théoriques) :

Le programme de la formation accueil (risque en onco.) a été demandé auprès du service de formation ainsi que la synthèse de l'évaluation de celle-ci. Cette étape permettra d'avoir des éléments supplémentaires des attentes des nouveaux arrivants IDE. Elle peut également être un repère afin d'adapter le contenu théorique du socle commun et de la formation.

Benchmarking :

Il est souligné par LN l'importance de réaliser un *benchmarking* d'autres structures sanitaires. Grâce à son réseau et des contacts liés à sa formation, elle est en cours de réalisation d'un recensement informel des pratiques d'accueil des nouveaux arrivants, d'autres structures. LN est en cours de création d'un questionnaire à destination d'autres cadres de santé. Un échange et un complément sont apportés au cours de la réunion.

Lettre de missions et note de cadrage :

LN a également fait valider la lettre de mission et une note de cadrage par AMO.

Présentation aux cadres :

Il a été discuté et validé par AMO et LN de l'importance d'une présentation aux cadres de santé. LN est en cours de définition de la date de la présentation, qui probablement aura lieu courant janvier 2016.

Point « dossier partagé » :

Le dossier partagé a été demandé à la DSI. Il est en cours de réalisation.

Rappel de la date de la future réunion :

- Réunion groupe IDE, le 19 novembre 2015, 14h30.

Ordre du jour :

- Socle commun ++ (IV, SL), discussions
- Point sur les documents à récupérer (FOP, synthèse de la formation accueil) (SL)
- Retravailler questionnaire pour les autres établissements (LN) (SL)
- Fixer une date de présentation aux cadres (LN)



Plan

- Contexte
- Composition du groupe projet « mission transversale »
- Objectifs de la démarche pour 2016
- Résultats attendus
- Population « cible »
- Méthodologie / Partir de l'existant (1)
- Méthodologie / Réalisation (2)
- Items communs / Groupes de travail
- Modalités d'évaluation du « *passport de compétences en cancérologie* »
- Orientations 2016 de la DSO
- Conclusion

Réunion des cadres 07/01/2016

Contexte

- **Projet de soin 2015-2020, axe 3, Gestion des activités paramédicales « *maintenir et développer les compétences* »**
- Diversité de supports d'encadrement existants par service, nuit/jour (20 documents). Disparité de la traçabilité de l'encadrement réalisé : où ? méthodologie ?
- Attractivité et fidélisation, mieux formaliser la qualité de l'accueil
- **Sujet du projet managérial Master II Management des organisations soignantes : Laurence Nicouleau**

Réunion des cadres 07/01/2016

Composition du Groupe Projet « mission transversale »

Sponsor du projet :

- Mme MONTARON, Directeur des Soins

Projet Intégration nouveaux arrivants IDE :

- Siham LALIOUI
- Laurence NICOLEAU
- Isabelle VERPLAETSE

Projet Intégration nouveaux arrivants manipulateurs radios :

- Didier MOTTO

Réunion des cadres 07/01/2016

Certification V2010

Manuel de certification, janvier 2014 :

- Chapitre 1 Management de l'établissement
- Partie 2 Management des ressources
- Critère 3.b « Intégration des nouveaux arrivants »

- E1 Prévoir
L'intégration de tout nouvel arrivant est organisée.
- E2 Mettre en œuvre
Tout nouvel arrivant reçoit une information sur l'établissement et son futur secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction
- E3 Évaluer et améliorer
L'évaluation de l'efficacité des mesures d'intégration donne lieu à des actions d'amélioration.

Réunion des cadres 07/01/2016

Objectifs de la démarche pour 2016

- **Améliorer la qualité et la sécurité des soins**
 - Favoriser les échanges professionnels
- **Formaliser une politique d'accueil**
 - Structurer le discours pédagogique
 - Tracer les enseignements donnés et reçus
- **Structurer un programme et des compétences**
 - Consolider la pratique de l'EPP
 - Développer un parcours professionnel

Réunion des cadres 07/01/2016

Résultats attendus

- Rédaction d'un outil :
 - De formation
 - D'évaluation
 - De traçabilité
- Pour les nouveaux arrivants à Gustave Roussy :
« *Passport de compétences en cancérologie* »
- Uniformisation des nombreux supports existants grâce à des items communs pour les :
 - IDE et AS (items commun)
 - Manipulateurs radio

A élargir ensuite aux autres métiers.

Réunion des cadres 07/01/2016

Population « cible »

- Tous les nouveaux soignants IDE (quelle que soit l'ancienneté de diplôme IDE) de Gustave Roussy
 - Site Villejuif et Chevilly-Larue
 - Jour / Nuit
 - Durant période d'encadrement de 4 semaines
 - Contrat à Durée Indéterminée (CDI).

Beaucoup de critères de compétence seront transposables pour les AS.
- Didier Motto travaille sur un support destiné aux manipulateurs radios.
- Exclusion : personnels en CDD <6 mois.

Réunion des cadres 07/01/2016

Méthodologie / Partir de l'existant (1)

- Recenser tous les supports d'encadrement de GR
- Analyser les besoins selon l'évaluation FOP
- Réaliser un *benchmarking* auprès des 20 CLCC (questionnaires) et de certains hôpitaux (région parisienne et province)
- Consolider les besoins grâce à :
 - Des questionnaires auprès des derniers IDE arrivés sur l'établissement entre le 01/06/2015 et le 01/12/2015 (6 mois)
 - Quelques entretiens semi-directifs

Réunion des cadres 07/01/2016

Méthodologie / Réalisation (2)

- **Etat d'avancement, fixation d'objectifs :**
 - Réunions groupe projet, hebdo (IDE), mensuelle (groupe projet)
- Recherche bibliographique
- Création de groupe de travail (cadres, IDEC, IDE tuteurs ou non tuteurs) autour des items communs (Janvier 2016)
- Rédaction « du passeport de compétences en cancérologie » (été 2016)
- Test du « passeport » dans un service pilote (un de nuit et un de jour), Evaluation (Sept 2016)
- Généralisation du « passeport » sur GR (Janvier 2017)
- Evaluation du support (été 2017)
- Mode projet (Gantt)

Réunion des cadres 07/01/2016

ANNEXE	DIAGRAMME DE GANTT Support d'encadrement des nouveaux arrivants																
2015 - 2016	oct	nov	dec	jan	feb	mars	avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	dec	jan	
Semaine																	
Cours Master	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Vie de la cohorte																	
Préparatoire																	
Avant projet Managériale (eulb)																	
Création du projet																	
Constitution du groupe projet																	
Nom de cadrage																	
Validation PDC																	
Création d'un dossier partagé groupe projet																	
Lettre de mission																	
Recherche documentaire																	
Recensement des docs existants																	
Mise en commun des docs																	
Constitution du groupe projet																	
Réunions du groupe projet																	
Rédaction de Comptes rendus de réunions																	
Planning prévisionnel																	
Création d'un questionnaire état																	
Envoi du questionnaire (benchmarking)																	
Analyse des résultats																	
Restitution écrite																	
Création du questionnaire nouvel embauché																	
Distribution des questionnaires																	
Analyse des résultats																	
Restitution écrite																	
Appointer Site d'entretien nouveau embauché																	
Réalisation des entretiens																	
Analyse des résultats																	
Restitution écrite																	
Détermination des items communs																	
Présentation réunion des cadres																	
Constitution groupes de travail																	
Planning prévisionnel des réunions																	
Supervision des réunions																	
Création du support migration																	
Test service pilote 1 nuit/1 jour																	
Evaluation Test																	
Mise en place du support généralisée																	
Evaluation du support créé																	
Analyse des résultats																	
Evaluation du projet																	
Clôture administrative du projet																	
Publication en lien avec le support																	
Certification iso 9001?																	

Réunion des cadres 07/01/2016

Items communs / Groupes de travail

- **Informations générales & fonctionnement institutionnel**
 - Documents et informations communs donnés à l'accueil
 - Présentation de la démarche et organisation de l'intégration
 - Méthodologie et politique globale d'intégration des nouveaux
 - Appels d'urgence, boulisterie
 - Demande d'examen
 - Applications informatiques
 - Sources d'informations (intranet, classeurs...)

5 participants + Isabelle
- **Attitude professionnelle**
 - Auprès du patient et sa famille
 - Dans l'intégration d'une équipe
 - Dans le respect des règles

4 participants + Laurence

Réunion des cadres 07/01/2016

Items communs / Groupes de travail

- **Maitrise des risques liés aux soins, savoir pratique**
 - Calculs de dose
 - VVC, extravasation
 - Transfusion, sondage, alimentation
 - Douleur (programmation des pompes)
 - Détresse vitale
 - Administration chimio & IV...
 - Hygiène, tri des déchets
 - Escarre, fugue
 - Radioprotection6 participants + Siham
- **Démarche et raisonnement clinique**
 - Mobilisation des connaissances
 - Dossier de soins
 - Transmissions ciblées5 participants + Laurence

Réunion des cadres 07/01/2016

Modalités d'évaluation du « passeport de compétences en cancérologie »

- **Questionnaire de satisfaction de l'accueil des nouveaux arrivants et de l'encadrement**
- **Audits d'évaluation des compétences acquises**
- **Questionnaire d'évaluation de la satisfaction des patients (Qualité)**

Réunion des cadres 07/01/2016

Orientations 2016 de la DSO

- **Renforcer la qualité de tenue du dossier de soins paramédical**
 - 100% des patients ont une macrocible à l'arrivée et à la sortie, les items sont remplis (douleur, poids, items spécifiques: Braden, G8, Nu Desc,...)
 - Toutes les interventions sont tracées (dossier métiers)
- **Revisiter les organisations et les emplois du temps**
 - Toutes les matrices organisationnelles de chaque secteur sont revues et formalisées,
 - La répartition des activités jour/nuit est formalisée (médicaments per os)
- **Améliorer la fluidité des sorties**
 - Anticipation et préparation, description du processus par secteur
 - Définition d'un taux de sortie par secteur le matin
- **Evaluation des pratiques professionnelles**
 - 100% des nouveaux arrivants ont au moins 3 évaluations de pratiques à risques
 - Contribution au programme d'évaluation de pratiques

Réunion des cadres 07/01/2016

Conclusion

- Besoin de l'investissement de tous pour la réussite du projet et une intégration réussie des nouveaux soignants
- Uniformisation de l'existant et traçabilité pour une meilleure qualité et sécurité des soins

Réunion des cadres 07/01/2016

MERCI DE VOTRE ATTENTION



Réunion des cadres 07/01/2016

**GUSTAVE
ROUSSY**
CANCER CAMPUS
GRAND PARIS

114, rue Édouard-Vaillant
94805 Villejuif Cedex - France
www.gustaveroussy.fr

SONDAGE A L'ATTENTION DES NOUVEAUX ARRIVANTS IDE

ANNEXE 15

Vous êtes arrivé à GUSTAVE ROUSSY (GR) pendant la période du 01/06/2015 au 30/11/2015, nous réalisons un projet sur « l'intégration des nouveaux arrivants » et nous voudrions connaître votre point de vue sur cette intégration.

Je vous invite à me renvoyer ce questionnaire par courrier interne ou à le déposer sur mon bureau avant le **14 Février 2016** et vous remercie par avance de votre participation.

Laurence Nicouleau, Cadre de santé, Service Rhône, 4^{ème} étage, pièce 103.

DATE :

A votre arrivée et pendant les 4 semaines d'encadrement :

1. Avez-vous été accueilli à votre arrivée dans le service le premier jour ?

OUI NON

1a. Si OUI, par qui ?

Cadre IDEC Autre

1b. Si NON, pourquoi ?

2. Avez-vous été accueilli par l'équipe soignante (IDE et AS) dans votre service d'affectation ?

OUI NON

2a. Si OUI, comment qualifieriez-vous cet accueil sur une échelle de **0** (aucun accueil) à **10** (accueil réel et formalisé) ?

3. Avez-vous pu identifier des personnes ressources au sein de l'équipe ?

OUI NON

4. Un support d'encadrement « papier » spécifique à votre service vous a-t-il été remis ?

OUI NON

4a. Si OUI, quels sont les éléments qui vous ont le plus intéressé ?

4b. Si OUI, quels sont les éléments qui vous ont le moins intéressé ?

4c. Sur une échelle de **0** (aucun intérêt) à **10** (beaucoup d'intérêt), comment évaluez-vous ce support d'encadrement « papier » ?

5. Avez-vous eu besoin **d'informations** supplémentaires ?

5a. Sur la théorie :

OUI NON

Pourquoi ?

5b. Sur la pratique :

OUI NON

Pourquoi ?

6. Avez-vous eu besoin de **formations** supplémentaires ?

OUI NON

6a. Si OUI, lesquelles?

7. Quelles étaient vos attentes pendant cette période d'encadrement ?

7a. Sur la théorie :

7b. Sur la pratique :

8. Avez-vous bénéficié d'un entretien à mi-parcours d'encadrement ?

OUI NON

8a. Si OUI, sur une échelle de **0** (aucun intérêt) à **10** (beaucoup d'intérêt), comment évaluez-vous cet entretien de mi-parcours d'encadrement ?

9. Avez-vous eu la formation « maîtrise des risques en oncologie » ?

OUI NON

9a. Si OUI, combien de temps après votre date d'entrée à Gustave Roussy ?

Moins de 3 mois Entre 3 et 6 mois Entre 6 et 12 mois Plus de 12 mois

9b. Le programme de cette formation était-il adapté, selon vous ?

OUI NON

9c. Sur une échelle de **0** (pas adapté) à **10** (tout à fait adapté), quel chiffre attribueriez-vous au programme de cette formation ?

9d. Existe-t-il des sujets que vous auriez voulu voir traiter ?

OUI NON

Si OUI, lesquels ?

10. Avez-vous bénéficié d'une évaluation pendant votre encadrement ?

EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) OUI NON

Autoévaluation OUI NON

Depuis la fin des 4 semaines d'encadrement :

11. Existe-t-il des besoins de formations ou des attentes avec la prise de poste réelle ?

OUI NON

Si OUI, lesquels ?

NOM

PRENOM

Age : <25 ans 26-30 ans 31-35 ans 36 - 40 ans >41 ans

Sexe : M F NUIT JOUR

Date du Diplôme

Date d'embauche à GR

Service d'affectation

Spécialité

Expériences professionnelles

Je vous remercie de votre participation

Laurence Nicouleau

REPONSES au sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE sur GUSTAVE ROUSSY (sites Villejuif et Chevilly-Larue)

QUESTIONS	REPONSES
Q 1 : ACCUEIL dans le service le 1 ^{er} jour	25 (25 questionnaires récupérés pour 25 distribués)
Q 1a : Si OUI, par qui ?	13 IDEC 15 CADRES 1 IDES du service, 2 IDEs, AS et médecins et 1 autre
Q 1b : Si NON, pourquoi ?	0
Q 2 : ACCUEIL par l'équipe soignante (IDE et AS) dans le service d'affectation	23 OUI , 1 NON et 1 Sans réponse
Q 2a : Si OUI, comment qualifieriez-vous cet accueil sur une échelle de 0 à 10 ?	Note moyenne : 9.04 Sur 23 notes attribuées
Q 3 : Personnes ressources identifiées	25 OUI
Q 4 : Support d'encadrement « papier » spécifique remis	20 OUI et 5 NON (1 personne précise au bout de 2 à 3 semaines d'encadrement)
Q 4a : Si OUI, éléments qui vous ont le plus intéressé	17 réponses <u>TECHNIQUES//PRATIQUES</u> « Conduite à tenir en cas d'urgences, protocoles de l'hôpital (transfusion, décès...) » « Organisation du travail, prise en charge de la douleur » « Protocoles des relais morphiniques, rappel des chimiothérapies, montage et manipulation des rampes de perfusion » « Les principales pathologies vues dans le service, les principaux soins réalisés dans le service, numéros de téléphone des différents services + cadre et interne... » « Conduite à tenir en cas d'urgence, éléments de surveillance patient chirurgie ORL » « Numéros indispensables, mode d'emploi PCA/PCEA » « Présentation de GR, mémo transfusion, récapitulatif chimio » « La check-list des choses à connaître » « Questionnaire sur les connaissances du service, des protocoles + numéros d'urgence, médicaments... » « Protocole propre au service, fiches techniques de divers soins » « Mémo sur PCA/PCEA, les numéros des services, la gestion de la douleur, les classeurs protocoles »

REPONSES au sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE sur GUSTAVE ROUSSY (sites Villejuif et Chevilly-Larue)

<p>Q 4a : Si OUI, éléments qui vous ont le plus intéressé (Suite)</p>	<p><u>DOCUMENTS//SUPPORTS</u> <i>« La souplesse se dégageant des supports donnait l'impression qu'il s'agissait davantage d'améliorer mes compétences que d'une évaluation pure »</i> <i>« Cours, brochures d'informations, variété des documents »</i> <i>« Les objectifs à acquérir en fin d'encadrement »</i> <i>« Apports théoriques sur les pathologies rencontrées et éducation du patient »</i> <i>« Questionnaires théoriques, cours sur les chirurgies spécifiques à l'IGR »</i> <i>« Permettre une amélioration pendant toute la période d'encadrement, voir l'évolution ainsi que les points négatifs »</i> <i>« Se positionner sur les acquis ou non acquis à la fin de l'encadrement »</i></p>
<p>Q 4b : Si OUI, éléments qui vous ont le moins intéressé</p>	<p>7 réponses et 18 pas de réponse 1 « Manque selon un listing avec les principaux protocoles, avec l'emplacement précis du stockage papier des protocoles. En arrivant, on est noyé par les informations qui paraissent si naturelles aux autres » 1 « Procédure concernant la transfusion de nuit, les décès » 1 « La démarche de soins » 1 « Certaines parties du livret d'accueil du personnel » 1 « Aucun » 2 « Rien »</p>
<p>Q 4c : Comment évaluez-vous ce support d'encadrement entre 0 et 10 ?</p>	<p>Note moyenne : 8.15 Sur 20 notes attribuées</p>
<p>Q 5 : Besoin d'informations supplémentaires Q 5a : Sur la Théorie</p>	<p>19 OUI 5 NON (1 précise « stage préprofessionnel en oncologie pendant 2 mois ») 1 Sans réponse</p>
<p>Si OUI, pourquoi ?</p>	<p><u>CONNAISSANCES//PATHOLOGIES//RECHERCHE</u> <i>« Les protocoles les pathologies liées au cancer, les différents types de cancers »</i> <i>« En 4 semaines, nous n'avons pas vu la totalité des pathologies prises en charge dans les services »</i> <i>« Remise en question, recherches complémentaires pathologies, traitements/protocoles »</i> <i>« Recherche personnelle approfondie pour s'approprier les termes »</i> <i>« Détails sur certaines interventions suivant les pathologies (chirurgie ORL) »</i> <i>« Pas assez de connaissances en ORL, besoin de les chercher en plus »</i> <i>« Connaissances sur les chimios non connues, sur les essais thérapeutiques, l'hématologie »</i> <i>« Pour bien connaître la chimiothérapie »</i> <i>« Très peu de connaissances sur les pathologies du service »</i> <i>« Recherche sur l'oncologie »</i></p>

REPONSES au sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE sur GUSTAVE ROUSSY (sites Villejuif et Chevilly-Larue)

<p>Si OUI, pourquoi (Suite)?</p>	<p>« Manque de connaissances approfondies sur certaines particularités propres à la cancérologie/réanimation » <u>SOINS</u> « Quelques soins jamais vus dans ma formation IFSI + effets indésirables chimio très spécifiques » « Certains soins sont spécifiques à la réanimation »</p>
<p>Q 5 : Besoin d'informations supplémentaires (Suite) Q 5b : Sur la Pratique</p>	<p style="text-align: right;">18 OUI</p> <p>6 NON (1 précise en stage préprofessionnel, j'ai manipulé des CCI, chimiothérapies, PCA, alimentations entérales et parentérales » 1 Sans réponse</p>
<p>Si OUI, pourquoi ?</p>	<p><u>SOINS</u> « Ateliers sur certains soins (ex pose de SNG) ou la stomathérapie » « Soins non faits pendant l'encadrement comme la stomie par exemple » « Pour accueillir une plus grande dextérité » « Manque de pratique en stage et IFSI » « Gestes à revoir » « Sur certains soins mais les collègues sont disponibles pour y répondre » <u>BONNES PRATIQUES</u> « Application des bonnes pratiques, HAS... » « Sur les bonnes pratiques de l'IGR, les protocoles » « Application de bonnes pratiques et protocoles de service » « Différents protocoles sur différents services, disponibilité des collègues importantes » « Protocoles propres au service » <u>ORGANISATION//EXPERIENCE</u> « Pour bien connaitre l'organisation du service » « Pas d'expérience en stage chirurgie/cancéro/nuit » « Premier poste en tant qu'IDE »</p>

REPONSES au sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE sur GUSTAVE ROUSSY (sites Villejuif et Chevilly-Larue)

<p>Q 5 : Besoin de formations supplémentaires (Suite)</p>	<p align="center">12 OUI ; 12 NON et 1 Sans réponse</p>
<p>Q 6a : Si OUI lesquelles ?</p>	<p><u>SOINS</u> <i>« Stomathérapie (au moins formation de base pour permettre de s'autonomiser, surtout en chirurgie digestive, soins palliatifs, douleurs...) »</i> <i>« Stomathérapie, douleurs, fin de vie »</i> <i>« Protocoles spécifiques, pansements »</i> <i>« Sur les soins de trachéotomies et pansements, tumeurs/étiologies »</i> <i>« Changement des canules »</i> <i>« ORL, actuellement en cours au sein du service par praticiens qui viennent dans le service »</i> <i>« La douleur »</i></p> <p><u>SPECIFICITES</u> <i>« Radioprotection pour travailler en IEL »</i> <i>« Hémato, essais thérapeutiques non eues »</i> <i>« Sur les spécificités de l'oncologie »</i> <i>« Fonctionnement PDR en curiethérapie »</i> <i>« Encadrement allongé (2 mois ½) car 1^{er} poste et manque de confiance »</i> <i>« Protocoles spécifiques du service sédation /analgésie »</i></p>
<p>Q 7 : Attentes pendant cette période d'encadrement</p> <p>Q 7a : Sur la théorie</p>	<p><u>CONNAISSANCES</u> <i>« Consolider les connaissances »</i> <i>« Approche globale des pathologies onco-hémato prévalentes aux services, connaissances des traitements, prévalents (chimiothérapie) »</i> <i>« Améliorer ma théorie déjà acquise + avoir de nouvelles connaissances en lien avec la pratique »</i> <i>« Avoir les connaissances nécessaires pour la prise en charge des patients et améliorer ma pratique »</i> <i>« Acquérir un maximum de connaissances théoriques »</i> <i>« Mieux connaître les interventions chirurgicales pour mieux les prendre en charge »</i> <i>« Acquérir les bases indispensables pour être autonome »</i> <i>« Acquérir les connaissances et faire les liens »</i> <i>« Organisation, connaissances chimios, hémato, essais thérapeutiques »</i> <i>« Connaissances sur certaines pathologies et certaines chimiothérapies, approfondir mes connaissances »</i> <i>« Connaissances sur les pathologies propres au service, fonctionnement et organisation »</i> <i>« Me conforter dans mes connaissances »</i></p>

REPONSES au sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE sur GUSTAVE ROUSSY (sites Villejuif et Chevilly-Larue)

<p>Q 7a : Sur la théorie (Suite)</p>	<p>« Approfondir les savoirs déjà existants, avoir plus de connaissances... » « Améliorer mes connaissances » « Apports théoriques en hémato surtout » <u>AUTONOMIE</u> « Etre complètement autonome dans les soins » « Etre capable de m'organiser et comprendre les liens pathologies, traitements d'oncologie de Gustave Roussy » « Etre prête le jour où j'étais lâchée dans le service » « Voir le plus de situations prévalentes dans le service afin d'être le plus prête possible une fois seule » <u>PROCEDURES//PROTOCOLES</u> « Protocoles » « Prise en charge patients, fonctionnement du service (administration ...) » « Nouvelles procédures thérapeutiques et nouveaux protocoles du service »</p>
<p>Q 7b : Sur la pratique</p>	<p><u>PROTOCOLES//CONNAISSANCES//PRATIQUE</u> « Protocoles spécifiques à l'IGR » « Connaître les bonnes méthodes et les protocoles afin d'adapter une bonne pratique » « Voir la pratique propre à l'oncologie » « Acquérir un maximum de connaissances pratiques » « Réaliser les soins jamais prodigués en stage, spécifiques en ORL » « Me rassurer sur mes pratiques et/ou réajuster si besoin » « Faire le plus d'actes possibles » « Connaître les soins techniques les plus utilisés dans le service et être autonome dans la prise en charge de mes patients à la fin de l'encadrement » « Etre formé aux soins non pratiqués, pratiqués par le service de SSR : soins de canules... » « Détecter rapidement besoins et risques d'un patient en onco ainsi que démarches et gestes à suivre selon besoins et urgences » « Acquérir une technique » « Etre doublée sur certaines spécialités » <u>ORGANISATION</u> « Habitudes de service » « Acquérir mon autonomie, m'organiser, voir et revoir certains soins techniques, protocoles » « Les protocoles IGR, le mode de fonctionnement (par exemple pour transfusion la nuit, commande en pharmacie...) » « Organisation du service, protocoles » « Gestion du temps, apprendre à gérer les situations d'urgence, l'organisation » « Etre mieux organisée » « Nouveaux matériels/DMS/Organisation bloc »</p>

REPONSES au sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE sur GUSTAVE ROUSSY (sites Villejuif et Chevilly-Larue)

Q 7b : Sur la pratique (Suite)	<p><u>DEXTERITE</u> « Dextérité pour les soins techniques » « Gagner en dextérité et rapidité »</p> <p><u>COMPETENCE</u> « Etre prête le jour où j'étais lâchée dans le service » « Etre plus compétent et polyvalent »</p>
Q 8 : Entretien à mi-parcours d'encadrement	19 OUI et 6 NON
Q 8a : Si OUI, comment évaluez-vous cet entretien à mi-parcours entre 0 et 10 ?	Note Moyenne : 8,81 Sur 16 notes attribuées
Q 9 : Formation « Maîtrise des risques en oncologie »	3 OUI et 22 NON
Q 9a : Si OUI, combien de temps après votre date d'arrivée ?	2 entre 3 et 6 mois 1 sans réponse
Q 9b : Si OUI, le programme de cette formation était il adapté ?	2 OUI et 1 sans réponse
Q 9c : Si OUI, quel chiffre attribuez-vous entre 0 et 10 à cette formation ?	Note Moyenne : 9 Sur 3 notes attribuées
Q 9d : Si OUI, sujets que vous auriez voulu voir traiter ?	« Aspects plus précis sur les traitements de chimiothérapie »
Q 10 : Evaluation pendant votre encadrement EPP	19 OUI ; 4 NON, 2 Sans Réponse
Evaluation pendant votre encadrement Autoévaluation	18 OUI ; 5 NON et 2 Sans Réponse
Q 11 : Besoins de formation ou attentes avec la prise de poste réelle (depuis la fin des 4 semaines d'encadrement)	18 OUI ; 4 NON ; 2 Sans Réponse et 1 ne sais pas « pas assez de recul »
Si OUI, lesquelles ?	<p><u>SPECIFICITES ONCOLOGIQUES</u> « Faire la formation 'maîtrise des risques en oncologie' puis d'autres formations en hématologie » « Formation sur les risques en oncologie et sur les patients autogreffés » « Formations continues en réanimation » « Formations propres aux situations prévalentes du service : les chimiothérapies (manipulation), l'épuration extra rénale... » « J'aurai aimé être plus au clair avec les protocoles de chimiothérapie » « Hématologie essais thérapeutiques » « Formation avec orthophoniste pour la prise en charge des patients en chirurgie ORL »</p>

REPONSES au sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE sur GUSTAVE ROUSSY (sites Villejuif et Chevilly-Larue)

<p>Q 11 : Besoins de formation ou attentes avec la prise de poste réelle (depuis la fin des 4 semaines d'encadrement) – Suite</p> <p align="center">Si OUI, lesquelles ? (Suite)</p>	<p>« Formations continues impératives au vu des nouvelles pratiques et technologies en constante évolution (maîtrise des risques onco, gestion de la douleur, nouvelles technologies) afin d'approfondir les connaissances »</p> <p>« Il existe toujours des formations pour une meilleure prise en charge »</p> <p>« Formations théoriques supplémentaires, formation manutention + urgence (rappel) »</p> <p><u>SOINS PALLIATIFS//DOULEUR</u></p> <p>« Soins palliatifs et prise en charge de la douleur »</p> <p>« Douleurs »</p> <p>« PEC de la douleur »</p> <p><u>HYPNOSE</u></p> <p>« Formation hypnose devant la forte anxiété des patients malades du cancer... »</p> <p>« Formation hypnose conversationnelle primordiale pour la communication avec les patients onco »</p> <p><u>SOINS//PANSEMENTS</u></p> <p>« Formation sur les différents types de pansements »</p> <p>« Formation sur certains soins faits plus le jour »</p> <p><u>DIFFERENCE FORMATIONS JOUR/NUIT</u></p> <p>« Il existe un gouffre entre les formations proposées durant la journée et la nuit. Présentations régulières des médecins au staff durant la journée, à des horaires excluant l'équipe de nuit »</p>
<p align="center">TALON SOCIOLOGIQUE</p> <p align="center">NOM/PRENOM</p> <p align="center">Questionnaires remplis entre le... et le...</p>	<p align="center">25 personnes interrogées qui ont donné leur nom et prénom</p> <p align="center">26/01/2016 et le 18/02/2016</p> <p align="center">Tous les soignants interrogés ont passé au moins les 3 mois de période d'essai.</p>
<p align="center">AGE</p>	<p align="center">Moins de 25 ans : 12</p> <p align="center">26/30 ans : 6</p> <p align="center">31/35 ans : 5</p> <p align="center">36/40 ans : 1</p> <p align="center">Plus de 41 ans : 1</p>
<p align="center">SEXE</p>	<p align="center">21 Femmes</p> <p align="center">4 Hommes</p>
<p align="center">NUIT/JOUR</p>	<p align="center">19 NUIT</p> <p align="center">6 JOUR (dont 1 IBODE, 1 IADE)</p>

REPONSES au sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE sur GUSTAVE ROUSSY (sites Villejuif et Chevilly-Larue)

Date de diplôme	<p>1990 01/12/2000 09/2003 26/12/2003 MAI 2005 07/2011 07/2014 : 2 MARS 2015 JUILLET 2015 : 15 10/2015</p>
Date d'embauche	<p>JUIN 2015 : 2 JUILLET 2015 : 3 AOUT 2015 : 8 SEPTEMBRE 2015 : 5 OCTOBRE 2015 : 6 NOVEMBRE 2015 : 1(déjà à GR en 1992, est revenue)</p>
Service d'affectation	<p>« Département de médecine » : 4 « Rhône/Morbihan/IEL/Finistère » : 4 « HDJ » : 2 « Ardennes » et « Chirurgie » : 5 « SSR » : 2 et « Oncologie aiguë » : 2 « Bloc opératoire » : 2 « Réanimation » : 4</p>
Spécialité	<p>« Onco/hémato » : 3 « ORL » : 4 « Digestive/gynécologie/mammaire/cutanée » et « chirurgie » :5 « Médecine » : 3 « Onco SSR » : 4 « Soins aigus » : 4 « Anesthésie » et « bloc »</p>

REPONSES au sondage à l'attention des nouveaux arrivants IDE sur GUSTAVE ROUSSY (sites Villejuif et Chevilly-Larue)

Expériences professionnelles	<p><u>1^{er} POSTE</u> « 1^{er} poste » : 17</p> <p><u>EXPERIENCES PROFESSIONNELLES IDE</u> « Institut Curie 2005/2010, soins palliatifs 2010/2011, HDJ oncologie 2012/2015 » « IDE médecine interne à Cochin pendant 3 ans » « Poste pool Bloc, urgences, soins intensifs en Espagne, Hôpital de Châteaudun, Hôpital Henri Mondor et la Croix St Simon » « 1 an en réa polyvalente » « Salle de réveil, Bloc, service Chirurgie, Grands brûlés » « Psychiatrie, maladies infectieuse, neurochir, réanimation cardiaque » « 8 ans de chirurgie diverses, 4 ans d'oncoPNO et ORL, et 5 mois IGR en HDJ médecine »</p> <p><u>EXPERIENCES PROFESSIONNELLES D'AS</u> « AS pendant 3 ans » « Aide soignante vacataire à IGR Villejuif et agent en maison de retraite, gérontopsy, MAS, SSR et Soins palliatifs » « AS SSR/HAD/SSIAD et stages en onco/USIC/Réa poly/Endocrino/chirurgie » « Aide-soignant en maison de retraite pendant 3 ans » « Dix ans d'expérience dans la restauration, et emploi d'aide-soignant durant les vacances »</p> <p><u>STAGES EN ONCOLOGIE</u> « Stages chir onco »</p>
------------------------------	--

ANNEXE 17

Supports de Formation et d'Evaluation des nouveaux infirmiers embauchés

Vous êtes Directeur des soins, je vous sollicite quelques minutes pour remplir ce questionnaire dont les résultats respecteront l'anonymat.

Actuellement en Master II Management des organisations soignantes et dans le cadre de mon projet managérial, je souhaite recenser la présence ou non de supports d'encadrement, tels que des livrets de formation et/ou d'évaluation, pour les nouveaux infirmiers arrivant dans vos établissements respectifs, quelle que soit leur ancienneté de diplôme.

Je vous invite à me renvoyer ce questionnaire avant le 04 Janvier 2016 et vous remercie par avance de votre participation.

Laurence Nicouleau,
Cadre de santé

*Champs obligatoires

1. Vous êtes :*

- Directeur des Soins Autre :

.....

2. Quelle est votre ancienneté dans le poste ?*

- Moins de 2 ans De 2 à 5 ans Plus de 5 ans

3. Quel est le nom de votre établissement ?*

.....

4. Quelle est la taille de votre établissement ?*

.....

5. Quel est le statut de votre établissement ?*

- Privé Public Autre

.....

6. Dans quelle spécialité travaillez-vous ?*

.....

7. Existe-t-il une politique d'accueil des nouveaux embauchés dans votre établissement ?*

- Oui Non

8. Existe-t-il un livret d'accueil pour les nouveaux embauchés infirmiers dans votre établissement ?*

- Oui Non

8.1. Si oui, est-il élaboré ?

- Par les services Pour l'Etablissement Autre

.....

8.2. Si oui, par qui est-il remis ?

- Par le service des Ressources Humaines Par la Direction des Soins
 Par le Cadre Autre
-

9. Existe-t-il un support d'encadrement pour les nouveaux embauchés infirmiers dans votre établissement ?*

- Oui Non

9.1. Si oui :

- Par Service Par Pôle Par Etablissement
 Autre :
-

9.2. Rédigé par qui ?

- Direction des Soins Cadres Infirmiers
 Groupe professionnel Autre :
-

10. Existe-t-il un support d'évaluation des actes et/ou compétences dans votre établissement pour les nouveaux embauchés infirmiers dans votre établissement ?*

- Oui Non

10.1. Rédigé par qui ?

- Direction des Soins Cadres Infirmiers
 Groupe professionnel Autre :
-

11. Existe-t-il un support d'encadrement commun pour les nouveaux infirmiers pour tous les services de votre établissement ?*

- Oui Non

11.1. Si oui, sous quelle forme ?

- Livret papier Livret informatisé Autre :
-

12. Existe-t-il une formation accueil pour les nouveaux embauchés infirmiers dans votre établissement ?*

- Oui Non

12.1. Si oui, sur combien de temps ?

- Moins de 7h De 7h à 21h De 21h à plus

12.2. Si oui, par qui est-elle organisée ?

- DRH Direction des Soins Autre :
-

12.3. Si oui, quels sont les thèmes principaux traités lors de cette formation ?*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Seriez-vous d'accord pour que je vous contacte et que nous échangions sur ce thème ?*

Oui

Non

13.1 Si oui, quelles sont vos coordonnées ?*

NOM, Prénom :

.....

Numéro de téléphone : ____/____/____/____/____/

Adresse e-mail :

.....@.....

Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TABLEAU RECAPITULATIF des QUESTIONNAIRES AUX ETABLISSEMENTS

ANNEXE 18

PRIVES ou PUBLICS

<p>FONCTIONS</p>	<p>4 cadres supérieurs de santé 9 cadres de santé 4 n'ont rien noté</p>
<p>ANCIENNETE DANS LE POSTE</p>	<p>3 moins de 2 ans : 18,8 % 9 de 2 à 5 ans : 50 % 5 plus de 5 ans : 31,3 %</p>
<p>NOM DE L'ETABLISSEMENT</p>	<p>APHP Chu Bicêtre Necker Hôp René Dubos Clinique Maussins-Nollet Nouvel Hôpital de Navarre CASH GH Pitie Salpêtrière/Charles Foix Pitié Salpêtrière EPS Roger Prévôt CH Blois Hôpital Privé d'Antony HUPIFO Centre François Baclesse (CLCC) CHI André Grégoire Institut Curie (CLCC) CH G Longjumeau Clinique de Montargis (45)</p>
<p>TAILLE DE L'ETABLISSEMENT</p>	<p><u><400 lits</u> 300 lits d'hospitalisation 356 lits et places 120 lits 104 lits d hospitalisation conventionnelle 100 lits 392 lits <u>>400 lits</u> plus de 400 lits 489 lits 400 LITS 450 lits et places 600 550 lits+6 EHPAD <u>>900 lits</u> 2000 lits 2189 lits + 251 places HDJ 1143 lits 900 lits 4 HECTARES ?</p>

**TABLEAU RECAPITULATIF des QUESTIONNAIRES AUX ETABLISSEMENTS
PRIVES ou PUBLICS**

Statut de l'établissement	<p>2 Privé : 12,5 % 13 Public : 75 % 2 Autre : 12,5 %</p>
Politique d'accueil des nouveaux embauchés	<p>17 OUI : 100 % et 0 NON : 0 %</p>
Livret d'accueil pour les nouveaux embauchés IDE	<p>12 OUI : 68,8 % et 5 NON : 31,3 %</p>
Si oui, élaboré par ?	<p>6 par les services, 3 par l'établissement et 1 autre</p>
Si oui, par qui est-il remis ?	<p>2 RH : 15,4 % 5 Cadre : 38,5 % 0 DS 6 autre : 46,2 %</p>
Support d'encadrement pour les nouveaux embauchés IDE dans l'établissement	<p>9 OUI : 52,9 % et 8 NON : 47,1 %</p>
Si oui, par	<p>7 par service : 58,3 % 2 par pôle : 16,7 % 0 par établissement : 0 % 3 autres : 25 %</p>
Rédigé par	<p>0 Direction des soins : 0 % 4 Cadre : 40 % 0 IDE : 0 % 3 Groupe professionnel : 30 % 3 Autre : 30 %</p>
Support d'évaluation des actes et/ou compétences dans l'établissement pour les nouveaux embauchés IDE	<p>7 OUI : 41,2 % et 10 NON : 58,8 %</p>
Rédigé par qui	<p>1 Direction des Soins : 14,28 % 0 IDE : 0 % 3 Cadre : 42,85 % 2 Groupe professionnel : 28,57 % 1 Autre : 14,28 %</p>

**TABLEAU RECAPITULATIF des QUESTIONNAIRES AUX ETABLISSEMENTS
PRIVES ou PUBLICS**

<p align="center">Support d'encadrement COMMUN pour les nouveaux IDE pour tous les services de l'établissement</p>	<p>5 OUI : 29,4 % et 12 NON : 70,6 %</p>
<p align="center">Si oui, sous quelle forme ?</p>	<p>2 Livret papier : 40 % 2 Livret informatisé : 40 % 1 Autre : 20 %</p>
<p align="center">Formation accueil pour les nouveaux embauchés infirmiers dans votre établissement</p>	<p>14 OUI : 82,4 % et 3 NON : 17,6 %</p>
<p align="center">Si oui, sur combien de temps ?</p>	<p>9 (Moins de 7h) : 60 %, 4 (7 à 21h) : 26,7 % et 2 (21h et +) : 13,3 %</p>
<p align="center">Si oui, par qui est-elle organisée ?</p>	<p>6 DRH : 40 %, 7 DS : 46,7 % et 2 Autre : 13,3 %</p>
<p align="center">Si oui, thèmes principaux traités</p>	<p>ETABLISSEMENT Présentation établissement Temps de travail, CET, Instances, droits et devoirs, projet en cours, présentation GH Visite des différents services, RH Visite de l'hôpital Gestion des carrières Règles RH du pôle, logistique Politique qualité, présentation organigramme Présentation CHU et GH Notion RH Présentation du CH organisation des directions les pôles Présentation établissement, pôle Gestion du temps</p> <p>HEMOVIGILANCE Transfusion : 5 Si oui, thèmes principaux traités Bonnes pratiques transfusionnelles</p> <p>HYGIENE Hygiène : 6</p> <p>DOSSIER INFORMATISE Dossier informatise : 3 Utilisation logiciel métiers</p> <p>DOULEURS Prise en charge de la douleur Douleur</p>

TABLEAU RECAPITULATIF des QUESTIONNAIRES AUX ETABLISSEMENTS PRIVES ou PUBLICS

Si oui, thèmes principaux traités (Suite)	<p><u>MEDICAMENTS et VVC</u> Stupéfiants, circuit médicaments Fonctions transversales sur le pôle, film bienveillance où le malade tourne sur le pôle, chimiothérapie, dossiers patients Voies veineuses centrales</p> <p><u>PSYCHIATRIE</u> Dispositif d'accompagnement à la professionnalisation en psychiatrie: Entretien infirmier, pathologie en santé mentale et psychiatrie, Réseau en psychiatrie, histoire et évolution de la profession infirmière en psychiatrie, soins sous contrainte...Tutorat infirmier Posture soignante</p>
Contact	15 OUI 88,2 % 2 NON 11,8 %

TABLEAU RECAPITULATIF DES REPONSES DES CLCC

	CLCC 1 cancérologie	CLCC 2 cancérologie	CLCC 3 cancérologie	CLCC 4 cancérologie	CLCC 5 cancérologie	CLCC 6 cancérologie	CLCC 7 cancérologie
Directeur des soins	DS	DS	DS	DS	DS	DS	Cadre de santé
Ancienneté dans le poste	Moins de 2 ans	Plus de 5 ans	Plus de 5 ans	Moins de 2 ans	Plus de 5 ans	De 2 à 5 ans	Plus de 5 ans
Taille de l'établissement	100 lits	113 lits et places	165 lits et places	100 lits d'hospitalisation 43 places d'HDJ	NR	140 lits 36 fauteuil d'HDJ 12 places HAD et 5 box ambu	180 lits
Politique d'accueil des nouveaux embauchés	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Livret d'accueil pour les nouveaux embauchés IDE	OUI	OUI, pour les nouveaux embauchés (mot « infirmiers » barré)	OUI	OUI	NON	OUI	NON
Si oui, élaboré...	Pour l'établissement	Pour l'établissement	Pour l'établissement	Pour l'établissement	NA	Par les services	NA
Si oui, par qui est-il remis ?	Service RH	Service RH	Service RH	Le cadre	NA	Direction des Soins	NA
Support d'encadrement pour les nouveaux embauchés IDE dans l'établissement	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Si oui, par...	Etablissement	NA	Service	Service	Etablissement	Etablissement	Pôle

TABLEAU RECAPITULATIF DES REPONSES DES CLCC

Rédigé par...	Groupe professionnel	NA	Direction des Soins et cadres	Cadres	Direction des soins et cadres	Groupe professionnel	Direction des soins, cadres et infirmiers
Support d'évaluation des actes et/ou compétences dans l'établissement pour les nouveaux embauchés IDE	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Rédigé par...	Groupe professionnel	NA	Direction des Soins et cadres	Cadres	RH	Groupe professionnel	Direction des soins, cadres et infirmiers
Support d'encadrement commun pour les nouveaux IDE pour tous les services de l'établissement	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
Si oui, sous quelle forme ?	Livret informatisé (EXEMPLAIRE OK)	NA	Livret informatisé Thésaurus administration des chimiothérapies	Livret papier	Power point	Livret papier (EXEMPLAIRE OK)	NA
Formation accueil pour les nouveaux embauchés infirmiers dans votre établissement	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Si oui, sur combien de temps?	Moins de 7 h	De 7 à 21 h	Moins de 7h	NR	De 7 à 21h	De 7 à 21 h	De 7 à 21h

TABLEAU RECAPITULATIF DES REPONSES DES CLCC

Si oui, par qui est-elle organisée ?	DRH et Direction des soins	Direction des Soins	Direction des Soins et Hygiène hospitalière	Direction des Soins	Direction des Soins	Réfèrent informatique	DRH
Si oui, thèmes principaux traités	Voir passeport joint « Passeport d'intégration et de tutorat des nouveaux IDE »	ETABLISSEMENT Présentation (projets, politique...) CONNAISSANCES base de la cancérologie QUALITE et GESTION des risques HYGIENE de base IDENTITO-VIGILANCE SECURITE Bases de radioprotection Sécurité PATIENT Charte de la personne hospitalisée/ Bientraitance	HYGIENE hospitalière QUALITE MEDICAMENTS Thésaurus administration des chimiothérapies	Formation en cours de structuration Des actions : INFORMATIQUE URGENCE DOSSIER INCENDIE MEDICAMENTS PCA, chimio si concerné	ETABLISSEMENT Politique des soins MEDICAMENTS Les traitements du cancer Pharmacie Hypnose HYGIENE ET QUALITE PATIENT Personnes âgées Parcours patient	MEDICAMENTS Utilisation des logiciels chimio GESTION DES RISQUES logiciel de déclaration des évènements indésirables HYGIENE DOSSIER DE SOINS Cursus sinon IDE doublée sur le poste à l'arrivée pour valider les gestes techniques sinon formation HEMOVIGILANCE	ETABLISSEMENT Présentation CONNAISSANCES Présentation des pathologies rencontrées MEDICAMENTS gestion médicamenteuse dans l'établissement DOULEURS gestion de la douleur

TABLEAU RECAPITULATIF DES REPONSES DES CLCC

Accord pour être contacté pour échanger sur le thème	OUI + coordonnées	OUI + coordonnées	OUI + coordonnées	NON mais coordonnées du cadre responsable de l'accueil des nouveaux arrivants et également à l'initiative du document support	OUI + coordonnées	OUI + coordonnées	OUI + coordonnées Parcours formant de 3 à 4 semaines où l'agent est doublé
---	-------------------	-------------------	-------------------	---	-------------------	-------------------	---

Trame du « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* »

Page de Garde	Titre : Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie
	Logo de Gustave Roussy
	Version et date de mise à jour du document
	Nom et Prénom, Service et Département
	Date de diplôme et date d'embauche
Sommaire	
Liste des sigles utilisés	
Pages 1 à 7	Charte du soignant
	Mot de bienvenue du Directeur des Soins
	Organigramme de la DS
	Histoire de l'Institut
	Politique d'intégration individualisée d'un nouvel arrivant
	Processus d'intégration d'un nouvel embauché
	Traçabilité du processus d'intégration
Page 8	Date d'arrivée, date de la formation « Maîtrise des risques », date des évaluations prévues
	Nom du cadre de santé responsable de l'encadrement
Pages 9 et 10 Bilan Evaluation n° 1 à mi-intégration	Nom du tuteur, nom des infirmiers référents
	Date de diplôme, expériences professionnelles
	Date du bilan, nom des personnes réalisant le bilan
	Synthèse écrite de la première période (commentaire de l'évaluateur)
	Synthèse du nouveau professionnel (commentaire du collaborateur)
	Points forts repérés
	Axes d'amélioration et objectifs de mi-parcours

Trame du « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* »

<p align="center">Pages 11 et 12 Bilan Evaluation n° 2 à la fin de l'intégration</p>	Date du bilan, nom des personnes réalisant le bilan
	Synthèse écrite de la deuxième période (commentaire de l'évaluateur)
	Synthèse du nouveau professionnel (commentaire du collaborateur)
	Points forts repérés
	Axes d'amélioration et objectifs de fin de parcours
<p align="center">Pages 13 et 14 Bilan Evaluation n° 3 à 2 mois</p>	Date du bilan, nom des personnes réalisant le bilan
	Synthèse écrite de la période (commentaire de l'évaluateur)
	Synthèse du nouveau professionnel (commentaire du collaborateur)
	Points forts repérés
	Axes d'amélioration et formalisation des objectifs
<p align="center">Pages 15 et 16 Bilan Evaluation n° 4 à 6 mois</p>	Date du bilan, nom des personnes réalisant le bilan
	Synthèse écrite de la période (commentaire de l'évaluateur)
	Synthèse du nouveau professionnel (commentaire du collaborateur)
	Atteinte des objectifs
<p align="center">Pages 17 et 18 Fonctionnement Institutionnel</p>	Savoir Alerter en situation d'urgence
	Savoir Appeler et Biper
	Savoir Utiliser la boulisterie
	Savoir Demander des Examens biologiques
	Savoir Utiliser les Outils informatiques
	Savoir Utiliser les Ressources documentaires
	Savoir Repérer l'organisation du service
	Savoir Faire les commandes
<p align="center">Pages 19 et 20 Attitude Professionnelle</p>	Respecter les règles professionnelles
	Savoir Adapter ses capacités organisationnelles
	Savoir Développer ses connaissances et Faire preuve de curiosité
	Savoir Adapter son positionnement professionnel
	Respecter le patient et son entourage
	Faire Preuve d'esprit d'équipe

Trame du « *Passeport de compétences des infirmiers en cancérologie* »

<p align="center">Pages 21 à 24 Maîtrise des risques liés aux soins</p>	Savoir Gérer une détresse vitale
	Savoir Appliquer les règles d'hygiène (EPP)
	Savoir Réaliser des calculs de dose
	Savoir Utiliser et surveiller les abords veineux (EPP)
	Savoir Réaliser le montage d'une ligne veineuse
	Savoir Administrer un traitement intraveineux (chimiothérapie/autres) EPP
	Savoir Prodiguer une transfusion de PSL (EPP)
	Savoir Administrer l'alimentation parentérale
	Savoir Réagir face à une extravasation
	Savoir Prendre en charge la douleur
	Savoir Administrer une alimentation entérale
	Savoir Prévenir et Prendre en charge les escarres
	Savoir Poser une sonde urinaire (EPP)
	Savoir Contrôler l'identitovigilance
	Connaître les précautions en matière de radioprotection
Savoir Prendre en charge la confusion	
<p align="center">Pages 25 et 26 Démarche de soins et raisonnement clinique</p>	Savoir Appliquer la méthodologie du raisonnement clinique
	Savoir Utiliser les supports du dossier patient
<p align="center">Questionnaire</p>	Sondage à l'attention des nouveaux arrivants infirmiers concernant l'intégration

Master Management des Organisations Soignantes

M2MOS@15-16

TITRE DU PROJET MANAGERIAL

De l'intégration des nouveaux arrivants infirmiers
au « *Passeport de compétences en oncérologie* »

AUTEUR

Laurence NICOULEAU

MOTS-CLES

Compétences infirmières, traçabilité, intégration, coopération, coordination, management par projet

KEYWORDS

Nurse skills, traceability, integration, cooperation, coordination, management by project

RÉSUMÉ

Le projet consiste en la création et la mise en place sur l'Etablissement Gustave Roussy d'un « *Passeport de compétences des infirmiers en oncérologie* », outil commun d'intégration et de traçabilité pour les nouveaux arrivants infirmiers utilisé au cours d'une période d'intégration de 4 semaines.

Afin d'affiner mes recherches pour la création de ce dispositif et après un recensement de l'existant, j'ai choisi d'interroger, via des questionnaires, d'autres établissements hospitaliers, d'autres Centres de Lutte Contre le Cancer ainsi que 25 infirmiers arrivés entre le 01/06/2015 et le 30/11/2015 et ayant terminé leur période d'essai. L'important était de me baser sur les besoins et attentes de la population ciblée. Les groupes de travail pluridisciplinaires que j'ai composés et animés avec le groupe projet ont permis la réflexion, la rédaction et la création de l'outil qui sera testé en Septembre 2016 et ainsi réajusté pour un déploiement et une généralisation en Janvier 2017.

L'objectif est l'optimisation de l'intégration des nouveaux embauchés infirmiers, la consolidation des Evaluations de Pratiques Professionnelles, le développement des échanges professionnels, l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et enfin la mobilité interne. Au final, le support créé doit servir au développement des compétences infirmières et fera l'objet d'une évaluation.

ABSTRACT

This project involves the creation and implementation of a "*Skills evaluation and record support for nurses in oncology*", at the Gustave Roussy Hospital as a common integration and traceability tool for newly arrived nurses to be used during a four week induction period.

To refine my research for the creation of this program, and after an inventory of the existing protocol, I chose to interview, via questionnaires, other hospitals, other cancer centers, and 25 nurses from 06/01/2015 through 11/30/2015. The nurses interviewed had completed their probationary period. The main focus was based on the needs and expectations of the target population. The composition of multi-disciplinary groups that was created for this purpose allowed to reflect, write, and create the instrument that will be tested in September of 2016 and readjusted in order to be implemented in January of 2017.

The objective is to optimize the integration of newly hired nurses, to consolidate the evaluation of professional practices, and to provide for professional development. Additionally, it will afford the continuous improvement in the quality and safety of care and enable internal mobility. Finally, this support should serve the development and assessment of nursing skills.