

Ecole Supérieure Montsouris  
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

## Diplôme de Cadre de Santé



### ***Cadre de santé et pérennisation des compétences : l'EPP, un outil de management***

Sandrina RODRIGUES

**DCS@12-13**

42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59



### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des Auteurs et de l'IFCS de L'Ecole Supérieure Montsouris.

## Remerciements

La rédaction de ce mémoire n'aurait pas été possible sans le concours de plusieurs personnes que je tiens ici à remercier :

Tout d'abord ma directrice de mémoire, Isabelle Robineau-Fauchon, pour m'avoir accompagnée tout au long de cette année, pour nos échanges convaincus, pour m'avoir fait confiance et m'avoir donné confiance.

Ensuite l'ensemble de l'équipe de la Mer, sans qui JACIE, dans cette unité, ne serait pas ce qu'il est et tout particulièrement Christelle et Siham pour leur relecture on ne peut plus attentive.

Les cadres de santé ayant accepté de participer à l'élaboration de ce travail également, pour le temps qu'ils y ont consacré et l'intérêt qu'ils ont pu y porter.

Finalement, mon fils, du haut de ses quatre ans, pour les moments où, lui aussi a pris son cahier et son stylo pour travailler à mes côtés et me soutenir.

# Table des matières

<b>Sigles/Abréviations</b> .....	<b>4</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Première partie : la réflexion initiale</b> .....	<b>6</b>
1 Du constat initial ... ..	6
1.1 Un peu d'histoire .....	6
1.2 Le constat.....	7
2 A la question de départ .....	10
<b>Deuxième partie : le cadre conceptuel</b> .....	<b>11</b>
1 La compétence .....	11
1.1 Voyage au cœur des différentes approches .....	11
1.1.1 Un savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir .....	11
1.1.2 Un processus qui se déploie dans la pratique de travail.....	13
1.1.3 L'approche sociologique : initiative et responsabilité.....	13
1.1.4 Aptitudes/traits de personnalité et compétence.....	15
1.1.5 L'approche soignante.....	15
1.2 La logique de compétences appliquée à l'hôpital .....	16
1.3 Un outil du management des compétences : le référentiel de compétences	17
1.3.1 Finalité et construction du référentiel.....	17
1.3.2 Le référentiel infirmier .....	19
2 La pérennisation des compétences .....	21
2.1 Un concept flou .....	21
2.1.1 Le manque de définitions .....	21
2.1.2 La pérennisation à l'hôpital.....	22
2.2 Les outils de la pérennisation en institution .....	22
2.2.1 De la formation continue vers la formation tout au long de la vie ...	23
2.2.2 L'expérience professionnelle formatrice.....	24
2.2.3 Le développement professionnel continu .....	25
2.3 Bénéfices de la démarche à l'hôpital.....	26
2.3.1 Pour l'institution .....	27
2.3.2 Pour le professionnel .....	27
2.3.3 Pour le patient.....	28
3 L'évaluation des compétences .....	29
3.1 Les différentes visions .....	29
3.2 Les prérequis à la démarche d'évaluation.....	30
3.3 L'évaluation à l'hôpital par le cadre de santé .....	31

4	L'évaluation des pratiques professionnelles .....	33
4.1	Un incontournable.....	33
4.2	En pratique .....	33
4.2.1	La définition de la Haute Autorité de Santé.....	33
4.2.2	Les différentes approches .....	34
4.3	Une finalité .....	35
4.4	Une expérience d'EPP : l'accréditation JACIE .....	36
5	Les leviers de la pérennisation des compétences.....	38
5.1	De la part du professionnel .....	38
5.2	De la part du cadre de santé .....	38
5.3	De la part de l'institution .....	41
6	La synthèse intermédiaire.....	43

### **Troisième partie : l'enquête .....** **44**

1	La méthodologie de l'enquête.....	44
1.1	La population et le lieu .....	44
1.2	Le choix de l'outil.....	45
1.3	L'élaboration du dispositif et réalisation de l'enquête.....	46
1.4	Les limites .....	47
2	L'analyse .....	48
2.1	L'identification de la population .....	48
2.2	Les compétences et leur évaluation.....	49
2.2.1	Le professionnel compétent : la définition des cadres de santé .....	49
2.2.2	L'évaluation : définition et outils .....	55
2.3	Les généralités sur l'accréditation JACIE .....	58
2.3.1	Le service : historique de la démarche et activité.....	58
2.3.2	L'équipe projet .....	59
2.3.3	La perception de l'équipe au sujet de la démarche .....	61
2.4	Les compétences JACIE .....	64
2.4.1	Leur justification .....	64
2.4.2	Leur maintien .....	65
2.5	La pérennisation des compétences.....	66
2.5.1	Le DPC par les cadres interrogés.....	67
2.5.2	Démarche JACIE et DPC ? .....	69
2.6	La démarche JACIE : avantages, limites et leviers.....	71
2.6.1	Les bénéfices de la démarche JACIE .....	71
2.6.2	Les limites de la démarche JACIE .....	74
2.6.3	Les leviers favorisant la démarche JACIE .....	78

3 La synthèse finale.....	83
<b>Conclusion .....</b>	<b>86</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>88</b>
<b>Table des annexes</b>	

## Sigles/Abréviations

AFNH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

AS : Aide-soignant(e)

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

Cnam : Conservatoire national des arts et métiers

CDS : Cadre de Santé

DCEA : Département de Cancérologie de l'Enfant et de l'Adolescent

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

EBMT : European Blood and Bone Marrow Transplantation

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

FFCS : Faisant Fonction de Cadre de Santé

FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer

FTLV : Formation Tout au Long de la Vie

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état

IGR : Institut Gustave Roussy

INCa : Institut National du Cancer

IPDE : Infirmier(e) puéricultrice diplômée d'état

ISHAGE-Europe: International Society of Hematotherapy and Graft Engineering

JACIE : Joint Accreditation Committee EBMT-Euro-ISHAGE

SOR : Standards, Options et Recommandations

## Introduction

Notre société (consommateurs, clients, usagers du système de santé) demande de manière de plus en plus prégnante, à pouvoir faire confiance, ce qui va de pair avec un développement de la question de la qualité. Dans le domaine de la santé par exemple, de nombreuses procédures permettent une homogénéisation des pratiques, proposant ainsi une offre de soins de qualité. Cependant elles ne sont pas suffisantes pour répondre à cette demande accrue. Il est nécessaire de mener également une réflexion sur les compétences des professionnels.

J'ai eu la chance de pouvoir m'investir dans un programme d'accréditation ayant pour objectif d'améliorer la qualité des soins. J'ai pu m'interroger sur le parcours d'encadrement des nouveaux embauchés par le biais de missions qui m'ont été confiées et sur les compétences initiales de ces soignants.

Cependant, je souhaitais pousser plus loin ces interrogations, pour des professionnels ayant déjà une certaine expérience. C'est pourquoi ce travail porte sur le thème de la pérennisation des compétences.

Je vous présenterai dans une première partie, le cheminement de pensée ayant abouti à ce sujet de mémoire et à l'élaboration d'une hypothèse. La deuxième partie proposera une revue de littérature non exhaustive sur les concepts que j'ai souhaité explorer, en lien avec le sujet. Finalement la troisième partie sera constituée de l'enquête de terrain réalisée et de son analyse afin de répondre à la question de départ.

## Première partie : la réflexion initiale

Il s'agit ici d'expliquer le cheminement de pensée qui m'a finalement conduite à vouloir approfondir le thème de la pérennisation des compétences.

### 1 Du constat initial ...

#### 1.1 Un peu d'histoire

Le concept de la qualité est apparu au début du XXème siècle, initialement dans le monde industriel, avec la mise en place du taylorisme<sup>1</sup>. Il a été introduit dans le domaine de la santé par Avedis Donabedian qui donne en 1980, la définition suivante de la qualité de soins : « *Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins* »<sup>2</sup>. Ce physicien et chercheur a posé les bases de la démarche qualité à l'hôpital par sa conception en quatre niveaux de la qualité des soins<sup>3</sup>.

La qualité a particulièrement été développée en oncologie, spécialité dans laquelle les démarches d'évaluation et d'amélioration de la prise en charge sont très fortement ancrées du fait des multiples acteurs intervenant dans le parcours du patient. Nous pouvons en effet évoquer l'antériorité de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC) qui a élaboré des référentiels de bonnes pratiques<sup>4</sup> avant même que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), aujourd'hui dénommée Haute Autorité de Santé (HAS), ne le fasse en

---

<sup>1</sup> MARTINEZ Fabien. *Les principes généraux de la qualité* [en ligne]. In : Adsp n° 35, Juin 2001, pp.18-23. Disponible sur <<http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-35/ad351823.pdf>> (consulté le 22 décembre 2012).

L'industrialisation a rendu cette démarche qualité plus scientifique avec l'introduction de la maîtrise statistique des procédés ainsi que celle des cartes de contrôles. La recherche de la qualité totale et la théorie de Deming (implication indispensable de tous les acteurs et maîtrise des processus dans l'obtention de la qualité) émergent quant à elles dans les années 1950. La gestion et maîtrise de la qualité avec les méthodes de résolution de problèmes (par exemple le diagramme d'Ishikawa) se développent ensuite. Le concept de zéro défaut, développé par Philip B. Crosby, apparaît en 1970. Cette démarche qualité s'installe progressivement en Europe dans les années 1980 avec la création des normes ISO 9000. Au cours du temps, nous sommes ainsi passés d'un contrôle simple de la qualité au management de la qualité.

<sup>2</sup> HURLIMANN Claire. *Approche conceptuelle de la qualité de soins* [en ligne]. In : Adsp n° 35, Juin 2001, p.23. Disponible sur <<http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-35/ad352328.pdf>> (consulté le 22 décembre 2012).

<sup>3</sup> Quatre niveaux concentriques depuis la relation médecin-soignant jusqu'à la qualité du système dans la population.

<sup>4</sup> Opération « Standards, Options et Recommandations ». Disponible sur <[http://www.oncoprof.net/Generale2000/g12\\_Pluridisciplinarite/g12\\_pl13.php](http://www.oncoprof.net/Generale2000/g12_Pluridisciplinarite/g12_pl13.php)> (consulté le 19 avril 2013).

1999 avec le manuel d'accréditation version 1. Ainsi le premier référentiel, « *Standards, Options et Recommandations* » (SOR) date de 1993 et avait pour objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins aux patients atteints d'adénocarcinome. Depuis, de nombreux autres référentiels ont vu le jour, y compris à destination des patients. Le questionnement pluridisciplinaire sur les pratiques en oncologie est donc très ancien, instaurant une réelle histoire de la qualité en cancérologie.

La recherche de la qualité (et donc de la sécurité des soins apportés aux patients) a plus tard été rendue évidente et obligatoire par les démarches d'accréditations V1 et V2 puis de certification V2010. Le management des ressources ainsi que celui de la qualité et de la sécurité des soins constituent en effet une partie du manuel de certification V2010 et imposent un passage par les compétences des professionnels et par leur évaluation.

## 1.2 Le constat

Cette démarche centrée sur les compétences est de plus fortement d'actualité dans le domaine de la santé: la restructuration des formations des professions paramédicales en accord avec les accords de Bologne et le système Licence-Master-Doctorat, l'élaboration en 2009 du référentiel du métier d'infirmier diplômé d'État ou bien encore les réflexions actuelles sur le référentiel de compétences pour les cadres de santé. Elles concernent la réingénierie du diplôme cadre de santé, menée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) au sein d'un groupe de réflexion ayant adopté une approche métiers (cadre responsable d'une unité de soins, cadre soignant de pôle et cadre formateur en technique, management et pédagogie des soins).

En échangeant avec mes collègues au sein de l'institution qui m'emploie, ou bien lors des rencontres avec les professionnels de santé dans le cadre de mon expérience associative, j'ai pu observer que cette attention était essentiellement portée sur les compétences (et sur leur évaluation) des nouveaux embauchés et ce quel que soit leur lieu d'exercice.

Ma propre expérience professionnelle alimente cette idée. Je suis en charge d'un programme qualité au sein du département dans lequel j'exerce, dans le cadre de l'accréditation européenne JACIE (Joint Accreditation Committee EBMT-Euro-ISHAGE). Cette démarche concerne une seule des quatre unités du département. Dans l'optique de cette accréditation, j'ai pu/dû réfléchir à l'amélioration du processus d'accueil et d'encadrement au cours des six premiers mois d'exercice des nouveaux infirmiers<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Le terme « infirmière » désignera ici la profession. Il sera utilisé dans ce mémoire pour évoquer les infirmiers et les infirmières.

diplômés d'État (IDE) / infirmières puéricultrices diplômées d'État (IPDE) avec par exemple :

- Etablissement de procédures diverses : accueil, encadrement, procédures de soins ;
- Démarche d'habilitations c'est-à-dire de validation des compétences (théoriques et pratiques) des IDE en lien avec certaines de ces procédures de soins (au nombre de 6), que nous avons définies comme étant à risque (par exemple l'administration de chimiothérapie à haute dose, la réinjection du greffon ou la transfusion sanguine) ;
- Elaboration de divers documents de traçabilité permettant de suivre et d'évaluer ce processus : grilles de suivi d'encadrement (une pour le nouveau personnel et une pour le cadre de santé<sup>6</sup>), grilles d'évaluations pratique et théorique en lien, pour chaque procédure de soins définie.

Cette démarche a été totalement étendue à l'équipe de nuit afin d'uniformiser les pratiques et surtout à leur demande, ainsi qu'aux aides-soignantes et auxiliaires de puériculture pour une partie seulement de la démarche pour le moment (accueil). Nous avons ainsi pu mettre en place une démarche d'évaluation objective des compétences des professionnels de santé de l'unité qui passe par l'évaluation des pratiques professionnelles et ce, quelle que soit la personne réalisant cette évaluation.

Cela a été source d'une grande interrogation pour moi : « Et après ces six mois, que se passe-t-il ? », « Comment puis-je m'assurer que les IDE demeurent compétentes ? ». J'ai donc commencé à réfléchir à cette évaluation plus tardive, toujours dans ce même service. Cette réflexion a abouti à la mise en place des deux suivis de pratiques par an et par IDE/IPDE au minimum avec de manière identique l'élaboration d'outils permettant une évaluation objective.

Les services qui sont engagés dans une telle démarche qualité spécifique ne reflètent probablement pas la réalité observable dans l'ensemble des services de soins. Ils peuvent cependant, il me semble, donner une bonne idée de ce qui peut être fait en termes d'évaluation continue des compétences.

Ainsi, à la suite de cette accréditation, mes interrogations se sont portées sur le personnel des autres unités du département. Je n'y ai pas la même approche vis à vis des compétences, ou tout du moins, cela n'y est pas formalisé. Comment, en pratique, dans ces services, je m'assure (ou, d'une manière plus globale, les cadres de santé

---

<sup>6</sup> Le terme de « cadre de santé » désignant dans ce mémoire la profession, il inclut les deux genres (masculin et féminin).

s'assurent-ils) des compétences des IDE ? Cette question se pose d'autant plus, selon moi, pour les professionnels qui sont en poste depuis plusieurs années.

Il me semble également que les équipes soignantes de ces services, où n'existe pas de démarche spécifique, n'ont pas le même rapport à l'évaluation. Elle est souvent vécue de manière plus contraignante, parfois même uniquement perçue comme un moyen de contrôle, de « flicage » opéré par le cadre de santé. L'évaluation va même jusqu'à déranger certains professionnels.

La culture « qualité », les démarches d'évaluation participatives permettent aux équipes d'être bien souvent plus sensibilisées à leurs compétences (et à leur évaluation) et les rendent plus acteurs de leur évolution professionnelle.

L'ensemble de ce questionnement est ainsi à l'origine de ma volonté de réfléchir, de lire, d'apprendre, de consacrer du temps au thème de la pérennisation des compétences des différents membres de l'équipe soignante.

## 2 A la question de départ

Les techniques, matériels, procédures, les individus changent. Une compétence acquise à un moment donné, peut ne plus l'être plus tard ou peut nécessiter d'être adaptée à la situation de travail. Comment savoir qu'une infirmière en poste depuis plusieurs années, que l'on peut considérer comme compétente, performante voire même experte telle que définies par Patricia Benner<sup>7</sup>, l'est réellement ? Qu'en est-il des compétences relationnelles ? Comment le cadre évalue-t-il que le professionnel exerce de manière bienveillante ?

Afin de répondre à ces questions, il semble important que les cadres de santé définissent les compétences qui sont nécessaires aux membres de leur équipe, qu'elles soient généralistes ou plus spécifiques à un lieu d'exercice donné. Un référentiel de compétences est-il alors élaboré, les compétences souhaitées sont-elles définies ?

La compétence n'est pas quelque chose de figé selon moi, elle est toujours à adapter au quotidien. Les compétences ne sont pas acquises de manière définitive, elles évoluent en fonction du développement des connaissances scientifiques, en fonction de la société mais également en fonction des changements propres à chaque individu.

La question ici centrale est : **Comment le cadre de santé s'assure-t-il de la pérennisation des compétences des membres de son équipe ?**

L'assurance de ces compétences pérennes passe nécessairement par l'évaluation des personnels soignants réalisée par le cadre de santé. Quelle est la « boîte à outils » (méthodes, moyens...) du cadre de santé pour réaliser cette évaluation ? Ils sont nombreux, de type très varié.

Mon expérience professionnelle m'invite à faire l'hypothèse suivante : **l'usage régulier de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est, pour le cadre de santé, l'assurance de la pérennisation des compétences des membres de l'équipe soignante.** Il s'agit d'un véritable outil de management des compétences mais également de l'équipe d'une manière plus globale.

Cette démarche d'EPP est de plus maintenant rendue obligatoire par le Développement Professionnel Continu (DPC) qui devrait être prochainement actif dans les unités de soins. Cette obligation pourrait alors rendre la pérennisation des compétences réellement effective au sein des services de soins, tout comme elle transformerait cette pérennisation en une préoccupation quotidienne des cadres de santé.

---

<sup>7</sup> BENNER Patricia. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris : InterEditions, Masson, 1995, 253 p.

## **Deuxième partie : le cadre conceptuel**

Dans cette deuxième partie, j'aborderai les concepts qui me semblent utiles à mon questionnement. J'explorerai ainsi le terme de compétence et de sa pérennisation. Puis je m'interrogerai sur l'évaluation de ces compétences et plus particulièrement sur l'évaluation des pratiques professionnelles dans un service de soins. Pour finir, je tenterai de mettre en évidence les différents leviers intervenant dans la pérennisation des compétences.

### **1 La compétence**

Le mot « compétence » est à l'origine utilisé dans le langage courant de tout individu. Son entrée, au début des années 80, dans le monde de l'entreprise puis de la gestion des ressources humaines a commencé à poser problème du fait des difficultés d'en donner une définition claire. Tout le monde pressent ce qu'est ou peut être la compétence, sans pour autant être capable d'en donner une définition.

En me basant sur différents auteurs, je tenterai d'en donner une, la plus adaptée possible au milieu hospitalier.

#### **1.1 Voyage au cœur des différentes approches**

Le dictionnaire Larousse définit la compétence par la « *capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* »<sup>8</sup>.

De nombreux auteurs ont abordé le concept de compétence et ce, de manière assez diverse. Selon Michel Vial (professeur des universités Aix et Marseille, spécialiste de l'évaluation), plus de cent définitions de la compétence existent. Il est ici impossible d'en transmettre une liste exhaustive. Ainsi je n'aborderai que les auteurs qui m'ont semblé les plus pertinents pour le monde hospitalier.

##### **1.1.1 Un savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir**

Pour Guy Le Boterf<sup>9</sup> (ayant une approche plutôt ressources humaines), la compétence a de tout temps « *été assimilée à la capacité à tenir un poste ou à la*

---

<sup>8</sup> Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648>> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2012).

<sup>9</sup> Docteur d'État en Lettres et Sciences humaines, docteur en Sociologie ayant une longue expérience de conseil en ingénierie des ressources humaines, en formation et en management.

*connaissance* »<sup>10</sup>. Cette définition est selon lui, désormais obsolète car avoir un diplôme ou avoir suivi une formation ne présage en rien de notre capacité à agir avec compétence dans des situations de travail en perpétuel changement. Il s'agirait donc plus d'« être capable de gérer des situations complexes et instables »<sup>11</sup>. Chaque entreprise pourrait avoir une définition de la compétence qui lui serait propre et qui pourrait varier en fonction des situations de travail: c'est ce que Guy Le Boterf qualifie de « *courseur de la compétence* »<sup>12</sup>. Etre compétent peut donc aller de la capacité à réaliser une tâche prescrite à la capacité à agir (plus globale). La compétence est ainsi envisagée comme un processus et non plus comme un état, dans lequel la personne est capable de s'adapter au contexte de travail, de mobiliser différentes ressources afin d'agir dans un certain but.

« *Etre compétent, c'est avoir des compétences* » et il s'agit donc de la résultante de la combinaison, de l'alchimie (et non pas de l'addition) de trois facteurs décrits par cet auteur<sup>13</sup>.

Le premier est le « savoir agir ». Il s'agit d'utiliser et d'associer des ressources adaptées, à savoir :

- les connaissances/les savoirs théoriques éloignés de l'action<sup>14</sup> :
  - o les savoirs généraux indépendants du contexte professionnel,
  - o les savoirs procéduraux en lien avec les techniques, les procédures, les modes opératoires
  - o et enfin les savoirs spécifiques à l'environnement de travail,
- les savoir-faire opérationnels composés :
  - o des savoir-faire procéduraux acquis par la mise en application des connaissances citées ci-dessus,
  - o des savoir-faire pratiques, expérientiels spécifiques à l'environnement de travail (les expériences),
  - o des savoir-faire cognitifs issus du raisonnement élaboré lors de l'action
- les savoir-être ou aptitudes comportementales (facultés d'adaptation),
- les ressources de l'environnement : les personnes pouvant être mobilisées, les réseaux de connaissances...

---

<sup>10</sup> LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences. Edition d'Organisation, 2006 : 49.

<sup>11</sup> LE BOTERF Guy. *Ibid*, 2006 : 49.

<sup>12</sup> LE BOTERF Guy. *Ibid*, 2006 : 58. Cf. annexe 1.

<sup>13</sup> LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences. Paris : Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, 271 p.

<sup>14</sup> *Les fiches En Lignes de La lettre du CEDIP*. Fiche n°53, « *Evaluation des savoirs et savoir-faire acquis en formation* ». Disponible sur <<http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/evaluation-des-savoirs-et-savoir-a925.html>> (consultée le 20 décembre 2012).

Le second est le « vouloir agir » qui sera fonction de la motivation personnelle de l'individu ou de l'incitation de la structure employeur.

Finalement, le troisième est le « pouvoir agir », ce qui est permis par le contexte, l'organisation du travail, les moyens mis à disposition (ressources, réseaux...), le type de management utilisé.

Etre compétent pourrait ainsi être résumé : avoir la capacité d'adapter ses actions à la situation (contingence), savoir mobiliser de façon pertinente ses ressources propres mais également rechercher celles qui sont manquantes et finalement pouvoir réutiliser l'ensemble de ces éléments dans une nouvelle situation. Etre compétent fait donc intervenir la réflexivité de la personne, que Guy Le Boterf désigne comme la « *troisième dimension de la compétence* »<sup>15</sup>. Il s'agit, pour l'individu de la capacité à prendre de la distance vis-à-vis de ses pratiques et de ses ressources, à conceptualiser ses actions afin de mieux comprendre les situations.

### 1.1.2 Un processus qui se déploie dans la pratique de travail

Abordons maintenant, l'approche de Michel Parlier<sup>16</sup>, professeur associé à l'IAE de Lyon, responsable du département "Compétence, travail et emploi" de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Selon lui, la compétence est :

- « *opératoire et finalisée* », c'est-à-dire qu'elle ne peut être isolée de l'activité par laquelle elle se manifeste et du but de cette activité. Elle est produite dans un champ de contraintes et de ressources.
- « *apprise* » : elle n'est pas innée mais construite,
- « *structurée* » : les différents savoirs qui la constituent sont organisés de façon dynamique et interagissent,
- « *abstraite et hypothétique* » : elle n'est pas observable, seul peut être constaté le résultat de la compétence.

### 1.1.3 L'approche sociologique : initiative et responsabilité

Philippe Zarifian<sup>17</sup> quant à lui, dans une approche plutôt sociologique, a donné une définition de la compétence intégrant plusieurs dimensions mais qui recoupe sur de certains points celle de Guy Le Boterf.

---

<sup>15</sup> LE BOTERF Guy. *Ibid*, 2006 : 130.

<sup>16</sup> Dans l'ouvrage MINET Francis, PARLIER Michel, DE WITTE Serge. *La compétence, mythe, construction ou réalité ?* Editions L'Harmattan, 1994 :99-101.

<sup>17</sup> Chercheur, docteur en sciences économiques, habilité en sociologie, enseignant à l'université de Marne la Vallée.

Ainsi selon lui, la compétence consiste fondamentalement en la capacité pour un individu, lors de l'exercice de sa profession, de prendre des initiatives et d'en assumer les responsabilités. Il indique que « *prendre une initiative, c'est initier par soi-même, commencer quelque chose de nouveau, en l'occurrence la solution à apporter à un problème et un enjeu qui est au cœur de la situation* »<sup>18</sup> et « *à cette prise d'initiative est associée nécessairement une prise de responsabilité : le sujet doit répondre de la pertinence et du succès des initiatives qu'il prend* »<sup>19</sup>.

La compétence implique donc une démarche active, nouvelle de la part de l'individu, qui répondra de choix effectués lors d'une situation professionnelle qui est par essence unique et souvent imprévisible : « *N'importe quelle relation de service est bourrée d'imprévus, parce que la relation inter-humaine est toujours imprévisible. (...) Une bonne partie de l'activité est de savoir faire face à la relation, à la réaction ou à la demande imprévue de la personne que l'on a en face de soi, et de lui répondre de manière compétente* »<sup>20</sup>.

Il poursuit en définissant la compétence comme « *une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente* »<sup>21</sup>. Il prend ainsi en compte la dimension cognitive et compréhensive permettant à la personne de mobiliser de manière adaptée ses connaissances acquises, tout en les modifiant de façon permanente, au contact des différents contextes rencontrés. Il s'agit ici de se baser sur des connaissances et pas seulement de les appliquer de manière automatique.

Il finit en ouvrant cette définition vers une dimension extérieure à l'individu. La compétence est alors la capacité à rechercher les personnes avec qui échanger autour des situations rencontrées, avec qui partager des objectifs et des responsabilités. Ceci implique donc que l'individu soit capable de déterminer les compétences qui lui font défaut pour aller les solliciter auprès de collègues de travail, supérieurs ou autre personne. Des enjeux communs et donc des coresponsabilités, permettent de mutualiser les compétences de chacun.

---

<sup>18</sup> ZARIFIAN Philippe. *De la notion de qualification à celle de compétence* [en ligne]. Disponible sur <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page143.htm>> (consulté le 9 mars 2013).

<sup>19</sup> ZARIFIAN Philippe. *Ibid.*

<sup>20</sup> ZARIFIAN Philippe. *La logique compétence, un enjeu de société*. Disponible sur <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page14.htm>> (consulté le 5 décembre 2012).

<sup>21</sup> ZARIFIAN Philippe. *Objectif compétence*. Editions Liaisons, 2001 : 69.

#### 1.1.4 Aptitudes/traits de personnalité et compétence

Claude Lévy-Leboyer (approche différentialiste) a également traité des compétences et de leur gestion. Elle introduit une distinction très intéressante entre les aptitudes/traits de personnalité et les compétences.

Les premiers décrivent les personnes et peuvent expliquer les différentes réponses que chaque individu est à même d'apporter dans la réalisation d'une activité. Les secondes, quant à elles, « *concernent la mise en œuvre intégrée d'aptitudes, de traits de personnalité et aussi de connaissances acquises, pour mener à bien une mission* »<sup>22</sup> Ainsi, il ne peut y avoir de compétences sans aptitudes et traits individuels adéquats (sans pour autant réduire les compétences à ces derniers). Les compétences prennent leur origine dans l'expérience, et mobilisent les capacités d'articulation entre différents savoirs dans le but d'atteindre un objectif.

Les aptitudes et traits de personnalité permettent de définir/décrire un individu alors que les compétences sont fonction des missions de l'activité professionnelle exercée. Claude Levy-Leboyer complète son approche des compétences en évoquant leur ancrage « *sur des comportements observables dans l'exercice d'un métier ou d'un emploi* »<sup>23</sup>. Elles lient les objectifs attendus, les comportements utilisés de manière adaptée ainsi que les caractéristiques individuelles indispensables à l'accomplissement de ces missions.

N'étant pas innées, les compétences sont la résultante de l'expérience utilisée à bon escient par l'individu. Il aura ainsi intégré cette expérience, aura réfléchi sur son travail, ses nouvelles connaissances, ses nouveaux savoirs, dans le but de développer, d'acquérir de nouvelles compétences. La personne se sera professionnalisée en ayant une attitude critique, une attitude d'analyse vis-à-vis des cas rencontrés et des problèmes survenus, de leur cause mais également vis-à-vis d'elle-même et de ses comportements. Cela implique une part non négligeable d'autonomie afin de mettre le plus à profit ces observations.

#### 1.1.5 L'approche soignante

Pour finir, il me tenait à cœur d'évoquer une auteure ayant spécifiquement évoqué les compétences des infirmières, Patricia Benner. Dans son livre *De novice à expert*<sup>24</sup>, elle définit cinq stades de compétences dans la carrière des infirmières. Novice, l'infirmière n'a pas d'expérience de terrain, si ce n'est celle que lui auront fournie ses différents stages lors de la formation initiale. Elle deviendra ensuite

---

<sup>22</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *La gestion des compétences*. Ed. D'Organisation, 2009 : 22.

<sup>23</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *Ibid.* 2009 :30.

<sup>24</sup> BENNER Patricia. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. InterEditions, Masson, 1995 : 23-35.

débutante lorsqu'elle aura été confrontée à un certain nombre de situations de terrain. Vient ensuite le stade de l'IDE compétente, qui concerne l'infirmière ayant une ancienneté dans le service de deux ou trois ans. A ce niveau l'infirmière commence, de manière consciente, à analyser ses actes en termes d'objectifs. Performante, l'infirmière aura alors une vision globale de la situation de soins, elle aura appris au travers de ses expériences passées et pourra de manière plus fluide prendre des décisions. Le dernier stade est celui d'experte. L'infirmière, ayant une grande expérience, est alors capable d'appréhender intuitivement la situation. Elle cible de manière efficace le problème rencontré, a une compréhension recherchée de la situation et fait preuve d'interprétation.

Les deux derniers stades, particulièrement, sont l'illustration de l'ensemble des définitions de la compétence données par les auteurs précédents.

La compétence est donc centrée sur l'individu, combine et non pas additionne plusieurs types de savoirs et de ressources. Elle ne peut être séparée de la situation dans laquelle elle est observée et est uniquement visible dans « l'agir ». Le développement des compétences se fait par la réalisation d'une activité professionnelle et non pas sur les bancs de l'école. L'environnement sera donc une des composantes clé de l'élaboration, du développement des compétences. Il devra ainsi proposer des expériences comportant quelques difficultés, expériences qui impliqueront une nécessaire analyse permettant de développer la prise de recul. L'imprévu est ainsi source de développement des compétences.

## **1.2 La logique de compétences appliquée à l'hôpital**

Deux grandes approches de la qualification professionnelle ont longtemps dominé<sup>25</sup> : l'approche du métier et celle du poste de travail, de l'emploi ou de la fonction. Ces deux approches sont, selon Philippe Zarifian, en perte de vitesse. Le modèle de la compétence semble prendre le pas sur ces dernières et ce dans de multiples secteurs. Dans la démarche compétence, les savoirs ne sont plus au cœur du modèle mais constituent des ressources mobilisées et modifient donc le rapport au travail et aux performances<sup>26</sup>.

Ainsi, les accords de Bologne du 19 juin 1999 sont basés sur le modèle de la compétence. Ils ont pour objectif d'uniformiser les formations au niveau européen. Cette harmonisation doit permettre une comparaison et une lisibilité facilitées des

---

<sup>25</sup> ZARIFIAN Philippe. *La logique compétence, un enjeu de société*. Disponible sur <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page14.htm>> (consulté le 5 décembre 2012).

<sup>26</sup> ZARIFIAN Philippe. *De la notion de qualification à celle de compétence*. Disponible sur <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page143.htm>> (consulté le 9 mars 2013).

diplômes et qualifications européens (et donc augmenter leur compétitivité sur le marché de l'emploi au niveau international). Elle a également pour but de permettre une mobilité des étudiants, enseignants et chercheurs, de faciliter la coopération entre les institutions, et d'assurer des enseignements de qualité identique.

Cette logique de compétence se poursuit dans les années suivantes avec la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (art. 134)<sup>27</sup>, dans le cadre de la «formation professionnelle tout au long de la vie ». Cette loi permet à toute personne, travaillant depuis au moins trois ans dans une organisation, d'obtenir un diplôme par la validation des acquis de l'expérience (VAE). Il s'agit ici de confronter les acquis de l'expérience avec le référentiel du diplôme visé. Cette démarche implique donc une formalisation officielle des compétences des différents diplômes afin de prendre des décisions argumentées.

Le manuel de certification V2010 des établissements de santé<sup>28</sup> de la Haute Autorité de Santé (HAS) prévoit en son chapitre 1, partie 2, le management des emplois et des compétences (critère 3.a) : « *Il s'agit pour les établissements de santé d'assurer la continuité des missions de l'organisation en termes d'emplois et de compétences en prenant en compte autant que possible les évolutions qui peuvent avoir un impact sur le contenu des activités* ».

## 1.3 Un outil du management des compétences : le référentiel de compétences

### 1.3.1 Finalité et construction du référentiel

Cette demande de management des emplois et des compétences conduit nécessairement à réaliser un diagnostic de compétences<sup>29</sup> qui passe par l'élaboration d'un référentiel de compétences<sup>16</sup>, présentant les compétences stratégiques liées à l'emploi. Francis Minet, professeur associé au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam), spécialisé dans l'organisation et conduite du changement, fait l'hypothèse de « *l'existence de compétences caractéristiques de l'activité ou de*

---

<sup>27</sup> Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905> (consulté le 28 novembre 2012).

<sup>28</sup> Manuel de certification V2010. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011) (consulté le 15 décembre 2012).

<sup>29</sup> Les fiches En Lignes de La lettre du CEDIP. Fiche n°8, « Le management des compétences » et Fiche n°24, « Les référentiels dans le management des compétences », Disponible sur <http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/fiches-en-lignes-un-classement-a623.html> (consultée le 19 décembre 2012).

*l'emploi* »<sup>30</sup> qu'il appelle le « *noyau de compétences* » autour duquel gravitent des compétences moins spécifiques et pouvant être partagées par d'autres emplois.

Claude Lévy-Leboyer réaffirme la nécessité absolue d'un référentiel de compétences présentant de manière claire, précise, descriptive ces compétences. Il devra être élaboré via un consensus des membres hiérarchiques de l'organisation. Il sera donc spécifique du secteur d'activités de cette organisation, spécifique de l'organisation en elle-même (sa structure, stratégie, culture lui étant propre). Il est donc souhaitable que les experts du domaine d'activités concerné participent à son élaboration.

L'auteur définit quatre items<sup>31</sup> qu'il faudra cibler avec l'emploi occupé et devant apparaître dans ce référentiel :

- Les aptitudes et traits de personnalité universels
- Les compétences génériques, utiles de manière générale
- Les compétences spécifiques à l'emploi analysé
- Les compétences techniques pouvant être génériques ou spécifiques.

Pour être utile, ce référentiel de compétences doit pouvoir être utilisable en pratique et donc compris par l'ensemble des utilisateurs potentiels.

Selon Claude Lévy-Leboyer, l'élaboration d'un référentiel de compétences comporte deux étapes distinctes. La première consiste en la description des activités et missions du poste. Elle sera suivie de l'identification des aptitudes, des traits de personnalité et des compétences (génériques, spécifiques et techniques) requis.

Cette élaboration est souvent très complexe pour plusieurs raisons. Le contenu des postes est amené à changer et ce de manière permanente. Un individu va exercer son activité d'une manière différente de celle de son collègue en étant pourtant affecté à un poste similaire. L'exercice d'un même poste au sein de la même organisation pourra nécessiter un référentiel différent en fonction du contexte.

Alors comment élaborer ces référentiels de compétences ? Claude Lévy-Leboyer aborde plusieurs méthodes à combiner, structurées ou non.

Les méthodes évoquées par l'auteur sont :

- L'observation (méthode la plus usitée) qui permet d'obtenir une liste de comportements, devant donc nécessairement être complétée dans un deuxième temps par l'identification des compétences nécessaires à chaque comportement,
- L'auto-description réalisée par l'agent en poste qui implique également cette même deuxième étape complémentaire,

---

<sup>30</sup> MINET Francis. *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*. Editions L'Harmattan, 1995 : 133.

<sup>31</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *Ibid.* 2009 :34-35.

- Les entretiens pouvant être structurés ou non qui donnent une liste de données concernant les activités qui impliquent nécessairement l'utilisation de méthodes complémentaires.

Les techniques exposées ci-dessous viennent en complément des trois méthodes précédemment citées :

- La « *méthode des incidents critiques* »<sup>32</sup> : il s'agit ici de mettre à profit les événements que l'on pourrait définir comme événements indésirables graves en les analysant (problèmes, actions réalisées et conséquences de ces actions)
- La grille de Kelly qui permet de définir les qualités nécessaires au poste par l'utilisation de divers concepts décrivant ces qualités.

En combinant ces diverses méthodes, on parvient à obtenir une liste des compétences et des aptitudes / traits de personnalité.

Un référentiel de compétences est donc la liste des compétences requises pour un emploi. Il énumère et précise l'ensemble des compétences et aptitudes nécessaires à l'exercice d'une tâche, d'un poste, d'un métier, d'une profession. Je souhaite cependant souligner l'importance de ne pas réduire l'évaluation des compétences à ces simples listes de savoirs, savoir-faire et savoir-être. La compétence est un processus combinatoire, je l'ai dit, ce qui peut rendre difficile son évaluation. Il est primordial de demeurer vigilant à ne pas réduire ces référentiels à une simple succession de compétences interminables et difficiles à mettre en place. Le référentiel de compétences ne constitue que le point de départ à l'évaluation de ces compétences.

### 1.3.2 Le référentiel infirmier

Les compétences étant spécifiques à un emploi, il est donc important de s'attarder ici sur les compétences d'une infirmière.

Patricia Benner définit ainsi sept domaines de compétences issues de l'analyse de cas réels et qui regroupent 31 compétences différentes. Ces sept domaines sont : « *la fonction d'aide ; la fonction d'éducation, de guide ; la fonction de diagnostic et de surveillance du malade ; la prise en charge efficace de situations à évolution rapide ; l'administration et la surveillance des protocoles thérapeutiques ; assurer et surveiller la qualité des soins ; les compétences en matière d'organisation et de répartition des tâches* »<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *Ibid.* 2009 :48.

<sup>33</sup> BENNER Patricia. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. InterEditions, Masson, 1995 : 45.

La réforme des études en soins infirmiers en 2009 a permis l'établissement d'un référentiel de formation initiale des infirmières. Ce référentiel est décliné en dix compétences dans l'annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier<sup>34</sup> :

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier,
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers,
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens,
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique,
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs,
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins,
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle,
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques,
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes,
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Ce référentiel concerne la formation initiale mais il comporte l'ensemble des éléments clés à identifier dans une démarche d'amélioration et d'évolution des pratiques professionnelles pour une infirmière. Il s'agit bien d'identifier les activités du métier ainsi que les compétences nécessaires à l'exercice, de définir des critères d'évaluation puis des indicateurs de suivi.

L'élaboration de ce type de référentiel de compétences semble être un passage obligé si l'on souhaite se poser la question de la pérennisation des compétences.

---

<sup>34</sup> Disponible sur <[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009\\_annexe\\_2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf)> (consulté le 28 novembre 2012).

## 2 La pérennisation des compétences

### 2.1 Un concept flou

#### 2.1.1 Le manque de définitions

Lors de mes recherches documentaires, livresques ou sur internet, le terme de « pérennisation » des compétences m'est apparu très flou, très difficile à cerner et rarement associé, dans les éléments que j'ai pu trouver, au mot compétences. Les sources sont peu importantes voire inexistantes. Le mot le plus souvent employé est celui de « développement » des compétences auquel, de manière très exceptionnelle, est associé celui de « maintien ». Ce manque de sources m'a fait défaut et c'est pourquoi je suis partie d'une définition générale de la pérennisation afin de vous exposer mon cheminement, de la pérennisation des compétences jusqu'aux bénéficiaires patients.

Le dictionnaire Larousse définit la pérennisation par l'« *action de pérenniser* »<sup>35</sup>, c'est à dire le fait de « *rendre durable, éternel* »<sup>36</sup>. Il s'agit bien de faire en sorte de maintenir (quelque chose, ici les compétences) dans la durée. Concernant le mot « éternel », il ne peut s'appliquer au sujet ici abordé car « *Toute compétence reste virtuelle si elle n'est pas actualisée* »<sup>37</sup>. En effet, les compétences ne sont pas éternelles, elles ne sont pas définitivement acquises, ne sont pas figées. Le mot « éternel » renvoie à l'immobilité alors que les compétences se situent au contraire au sein d'une démarche active, dans un processus, ce qui implique le mouvement.

De plus, comme l'indique Philippe Zarifian, « *ce qui fait événement et qui sollicite le plus la compétence, c'est précisément le surplus de situation qui excède le déroulement normal du programme de travail* »<sup>38</sup>. Cette citation exprime bien le caractère changeant, mouvant des compétences et leur nécessaire adaptabilité aux imprévus à l'opposé du caractère de stabilité évoqué par le mot « éternel ».

Afin de rendre durables les compétences d'une personne, il est nécessaire que cette dernière s'implique individuellement de manière volontaire et active. Ceci ne pourra se faire sans incitation de la part de l'organisation (employeur), voire même en l'absence d'une politique de ressources humaines centrée sur le management des

---

<sup>35</sup> Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9rennisation/59481>> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2012).

<sup>36</sup> Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9renniser/59482>> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2012).

<sup>37</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *Ibid.* 2009 :131.

<sup>38</sup> ZARIFIAN Philippe. *Ibid.*, 2001 : 160.

compétences visant à les maintenir. Un travail de réflexion en équipe autour de ce maintien des compétences est également un élément moteur.

### 2.1.2 La pérennisation à l'hôpital

Ainsi, en ce qui concerne les établissements de santé, le manuel V2010<sup>39</sup> parle de « *développement des compétences, qui consiste à maintenir et développer le savoir, le savoir-faire des professionnels de l'ensemble des secteurs dans une approche à la fois individuelle et collective* ». Il s'agit d'une obligation à avoir une politique des ressources humaines qui comprend le management des compétences avec une évaluation régulière du personnel ainsi qu'un plan de formation.

Cette démarche de développement permettrait alors de maintenir les compétences, de les rendre pérennes, ce qui, si l'on se positionne du point de vue des infirmières, place les professionnels au stade performant et expert tels que décrits par Patricia Benner<sup>40</sup>.

La population de professionnels, ici évoquée dans cette démarche de pérennisation, n'est donc pas celle des infirmières avec peu d'ancienneté, venant d'intégrer leur poste, mais bien celle des soignantes déjà en place, ayant au moins cinq ans d'expérience professionnelle.

Une tentative d'approche de la définition de compétences pérennes ayant été posée, il s'agit maintenant de savoir quels sont les outils de cette pérennisation à disposition du cadre de santé dans les établissements de soins.

Au vu de l'importance et des enjeux de cette pérennisation des compétences, tant pour le patient, que pour l'agent et l'institution, il paraît donc indispensable de s'intéresser aux moyens de maintenir, développer ces compétences.

## 2.2 Les outils de la pérennisation en institution

Plusieurs possibilités existent afin de rendre pérennes les compétences. Claude Lévy Leboyer en distingue trois types :

- en cours de formation initiale : je n'aborderai pas cette approche au vu de la population d'infirmière ici ciblée (infirmière performante voire experte selon la description de Patricia Benner). Il s'agit d'une étape cependant

---

<sup>39</sup> Disponible sur <[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011)>, p.24 (consulté le 15 décembre 2012).

<sup>40</sup> BENNER Patricia. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. InterEditions, Masson, 1995 : 28-35.

primordiale puisqu'elle permet l'acquisition de connaissances théoriques, de compétences génériques décrites en première partie,

- par la formation continue : « *en cours de vie active* »<sup>41</sup> voire formation tout au long de la vie,
- par le biais, de manière directe, de l'expérience professionnelle : « *par la vie active* »<sup>42</sup>.

Ce sont donc ces deux derniers moyens, appliqués au monde hospitalier, que je vais développer dans les chapitres suivants.

### 2.2.1 De la formation continue vers la formation tout au long de la vie

La loi Delors du 16 juillet 1971<sup>43</sup> met en place l'obligation pour l'employeur de financer la formation professionnelle continue. De multiples lois sont venues depuis compléter le dispositif, la dernière étant la loi du 4 mai 2004<sup>44</sup> relative à la formation professionnelle tout au long de la vie (FTLV) et au dialogue social (qui a rendu la FTLV obligatoire). Elle classe les actions de formation en huit items<sup>45</sup> et donne une plus grande part au maintien et au développement des compétences sans omettre le développement personnel. Cette loi intègre dans son chapitre le droit individuel à la formation.

La formation continue, part restreinte de la FTLV, réalisée en poste, permet de compléter, développer les compétences qui n'ont pas ou peu été apportées lors de la formation initiale. Elle porte souvent sur des spécificités propres au lieu d'exercice, à la population soignée. Il s'agit ici de compléter les compétences spécifiques évoquées précédemment afin de permettre à l'infirmière d'agir de manière pertinente.

La formation continue tout au long de l'exercice professionnel permet également aux agents de conserver des connaissances « à jour », adaptées aux dernières avancées de la science. Il s'agit d'une approche pédagogique, basée sur l'acquisition de nouvelles connaissances/compétences. Elle est rendue obligatoire par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique<sup>46</sup>.

---

<sup>41</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *Ibid.* 2009 :8.

<sup>42</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *Ibid.* 2009 :9.

<sup>43</sup> Disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=945A2B22ACA395286001924697FA953C.tpdjo16v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000687666](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=945A2B22ACA395286001924697FA953C.tpdjo16v_3?cidTexte=JORFTEXT000000687666) (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2012).

<sup>44</sup> Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613810> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2012).

<sup>45</sup> Cf. Annexe 2 : Les huit typologies d'action de formation

<sup>46</sup> Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078> (consulté le 23 octobre 2012).

L'élaboration d'un plan de formation par l'institution est un outil de maintien des compétences. Il implique une évaluation au préalable des besoins en termes de compétences nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés.

Cette formation continue sera complétée par l'expérience acquise lors de l'exercice professionnel.

### 2.2.2 L'expérience professionnelle formatrice

Il s'agit ici de la formation issue « du terrain » que Claude Lévy Leboyer appelle la formation « *par la vie active* » ou « *expérience formatrice* ». Le professionnel utilise son expérience passée afin d'adapter ses actions de manière à ce qu'elles soient les plus pertinentes par rapport à la nouvelle situation rencontrée. Il combine alors ses propres ressources et agit afin de trouver une solution quand les compétences nécessaires lui font défaut. L'expérience devient formatrice car elle permet au professionnel d'apprendre par le biais des pratiques professionnelles. Il s'agit ici d'une théorie, le raisonnement en termes de boucles d'apprentissage<sup>47</sup>, que Guy Le Boterf a développée en s'inspirant des travaux d'Argyris et Schön<sup>48</sup> sur l'apprentissage.

Guy Le Boterf met ainsi en évidence quatre types d'apprentissage. Dans l'apprentissage en simple boucle, la personne apprend en corrigeant son action en lien avec des objectifs. Dans l'apprentissage en double boucle, la remise en question des objectifs permet l'apprentissage. Dans la triple boucle, le professionnel apprend à agir de manière différente. Finalement, dans la quatrième boucle, il s'agit d'apprendre à apprendre. L'individu tire des leçons de son expérience. Cette théorie est résumée par un schéma présenté en annexe 3.

Ce type de formation est indissociable de la participation active du collaborateur. Il ne pourra avoir lieu sans la volonté de la personne concernée. Les études de cas, l'évaluation des pratiques professionnelles en sont des exemples.

Cette démarche présente une autre utilité qui est celle de permettre le développement de la réflexivité du professionnel. Par la prise de recul imposée par l'analyse, « *en tirant des leçons de ses échecs, en étant incité à rechercher des solutions et à se perfectionner* »<sup>49</sup>, il cultivera ses capacités à expliquer, à justifier les choix réalisés.

---

<sup>47</sup> LE BOTERF Guy. *Repenser les compétences pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris : Edition d'Organisation, Eyrolles, 2008 : 131-133.

<sup>48</sup> Donald A. SCHÖN (philosophe de formation) est professeur au Massachusetts Institute of Technology. Chris ARGYRIS est professeur à l'Université de Harvard. Ils ont tous les deux travaillé sur l'apprentissage organisationnel.

<sup>49</sup> ZARIFIAN Philippe. *Principes d'une organisation apprenante*. Disponible sur <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page107.htm>> (consulté le 9 mars 2013).

L'expérience formatrice favorise une approche clinique et professionnelle, basée sur l'exercice de l'activité. Il est souvent plus formateur de partir de questions concrètes que de se limiter à des apports théoriques.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) peut être intégrée à cette expérience professionnelle formatrice puisqu'elle est issue d'une évaluation en situation professionnelle.

Ces deux types de formation ont donc pour but de maintenir, développer les compétences de chaque agent, étape indispensable dans une démarche de prise en charge de qualité des patients.

Une infirmière expérimentée bénéficie d'une formation continue mais l'atteinte de ce niveau de compétences ne pourra se faire que par l'association de cette formation continue à des évaluations de pratiques professionnelles. Nous avons ici les deux éléments composant le développement professionnel continu (DPC), qui apparaît donc comme une solution au maintien des compétences spécifiques du domaine de la santé.

### 2.2.3 Le développement professionnel continu

Les démarches d'EPP puis maintenant le DPC ont tout d'abord concerné l'activité médicale. Les médecins étaient initialement réfractaires à cette évaluation de leurs pratiques. L'obligation de réaliser des EPP s'est ainsi de plus en plus affirmée par le biais des différents manuels d'accréditation puis de certification qui se sont succédés, pour finalement être rendus obligatoires, pour tous les professionnels de santé, au sein du DPC.

Le DPC a été instauré par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (article 59). Il concerne tous les professionnels de santé et s'inscrit dans une logique continue de développement, pérennisation des compétences et des expertises. Il a pour objectifs « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* »<sup>50</sup>.

Le manuel de certification V2010 quant à lui précise que « *le développement professionnel continu désormais obligatoire pour l'ensemble des professionnels de*

---

<sup>50</sup> Disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722) (consulté le 3 décembre 2012).

*santé par la loi du 21 juillet 2009 contribue au développement des compétences des professionnels ».*

Le DPC comprend la formation professionnelle continue (acquisition ou approfondissement des connaissances ou des compétences) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cette démarche devient une obligation individuelle, annuelle pour l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice. En ce qui concerne la profession infirmière, le décret d'application est paru le 30 décembre 2011<sup>51</sup>. Pour que le dispositif soit fonctionnel en 2013, les différents éléments se mettent progressivement en place comme la nomination à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales et en décembre 2012 la publication des méthodes et modalités de DPC<sup>52</sup>.

En milieu hospitalier, il semble important d'intégrer les démarches d'amélioration et d'analyse de pratiques déjà réalisées par les équipes soignantes. Elles peuvent être individuelles ou collectives (pluridisciplinaires). Cette évaluation des pratiques professionnelles sera plus longuement détaillée dans le chapitre suivant.

Ainsi le DPC élargit la formation, qui n'est plus cantonnée à l'acquisition de connaissances. Ces dernières doivent être en lien avec l'exercice professionnel d'où l'importance de l'évaluation des pratiques professionnelles<sup>53</sup> (EPP).

On peut alors s'interroger sur le pourquoi de cette recherche de pérennisation, de maintien des compétences des professionnels au sein d'une institution hospitalière ? Quels sont les bénéfices d'une telle démarche, non dénuée de conséquences, d'implications pour l'entreprise, tout comme pour le personnel engagé ?

### **2.3 Bénéfices de la démarche à l'hôpital**

Les objectifs d'une telle démarche de pérennisation des compétences sont bien évidemment multiples et concernent plusieurs acteurs. Je ciblerai cette partie de mon développement sur le monde hospitalier.

---

<sup>51</sup> Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. Disponible sur <<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339>> (consulté le 3 décembre 2012).

<sup>52</sup> Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf) (consulté le 28 décembre 2012).

<sup>53</sup> Cf. annexe 4.

### 2.3.1 Pour l'institution

La pérennisation des compétences présente plusieurs intérêts pour l'institution. Au-delà du fait d'apporter des soins de qualité et sécurisés, elle permet de favoriser le développement de sa performance par l'analyse des compétences présentes mais également des compétences insuffisantes ou absentes et qui seraient nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés au préalable. Elle est ainsi source de « *valeur économique* »<sup>54</sup> telle que décrite par Philippe Zarifian. Selon lui, les hôpitaux sont forcés de mettre en place un management basé sur les compétences afin de faire face aux évolutions permanentes du système hospitalier qui implique d'importantes capacités d'adaptation et d'initiative de la part des professionnels.

La polyvalence (capacité à occuper plusieurs postes de travail ou activités différents au sein de l'entreprise) et l'employabilité (capacité à être affecté à un nouvel emploi ou avoir la capacité de s'adapter à l'évolution du poste voire même à le faire évoluer) semblent également être développées par cette démarche, tout comme le savoir faire face à l'imprévu.

Le maintien des compétences est renforcé par la recherche de l'efficience (pouvant être résumée par la recherche de la meilleure efficacité au moindre coût) qui, ces dernières années, se fait de plus en plus ressentir au sein des institutions hospitalières.

### 2.3.2 Pour le professionnel

En ce qui concerne le professionnel, cette démarche lui permet de s'interroger sur sa pratique soignante, d'améliorer la qualité des soins apportés. La satisfaction qu'il éprouvera lors de l'exercice de son travail en sera renforcée. La sensation du « travail bien fait » en sera confortée. On peut alors supposer que sa motivation en sera également augmentée. En effet, les soignants se montrent sensibles, en premier lieu, aux conditions de travail, à l'intérêt intrinsèque du métier, au sens qu'il procure, aux horaires, à la vie d'équipe plus qu'à la rémunération<sup>55</sup> qui apparaît secondaire.

Le professionnel s'aventure alors sur le chemin de la professionnalisation (construction professionnelle), processus en perpétuel mouvement, en recherche continue d'amélioration et d'acquisitions de nouvelles compétences, impliquant une prise de risques puisque source de questionnements.

Cette démarche permet ainsi de voir émerger des nouveaux talents individuels et collectifs au sein des équipes, ce qui constitue une réelle plus-value. Elle implique

---

<sup>54</sup> ZARIFIAN Philippe. *Objectif compétence*. Editions Liaisons, 2001 : 69.

<sup>55</sup> ESTRYN-BEHAR Madeleine. *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*. In : HAS, janvier 2004. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>> (consulté le 30 décembre 2012).

en effet un travail en collaboration, une mobilisation collective, une « *capacité à travailler ensemble (qui) exclut la compétition* »<sup>56</sup>

L'implication du professionnel dans le maintien de ses compétences a un bénéfice qui lui est interne (dans le sens de la satisfaction personnelle). Il en attend cependant un bénéfice qui lui est externe. En effet, selon Christophe Dejourn, tout travail effectué demande une « *rétribution* »<sup>57</sup>. La rétribution la plus couramment attendue est la reconnaissance du travail de qualité. Les collaborateurs aiment et demandent à se faire évaluer, c'est aussi une forme de reconnaissance de leurs compétences.

Il ne peut y avoir compétence si cette reconnaissance est absente. Il est alors nécessaire de reconnaître l'adéquation des actions mises en œuvre et des capacités mobilisées par la personne avec les objectifs requis.

### 2.3.3 Pour le patient

Il s'agit ici de l'objectif premier selon moi. Cette démarche de recherche de maintien des compétences est réalisée, avant toute chose, dans le but de prodiguer au patient des soins de qualité en toute sécurité. Avedis Donabedian, en donne la définition suivante : « *Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins* »<sup>58</sup>.

Quelles sont alors les conséquences, pour le patient, d'un défaut de compétences ? Elles seront bien évidemment variables, d'un degré plus ou moins important. Je garde par exemple en mémoire le cas d'une infirmière de mon premier lieu d'exercice qui a fait une erreur gravissime par défaut de compétences, ayant eu des répercussions majeures sur l'état de santé du patient. Il s'agissait d'une infirmière chevronnée mais qui n'était pas au fait des soins spécifiques du service.

La qualité est donc devenue depuis l'instauration de l'accréditation puis de la certification, le nouveau paradigme au sein des institutions hospitalières. La recherche de pérennisation des compétences s'intègre parfaitement dans le processus continu d'amélioration de la qualité tel qu'il peut être décrit par la roue de Deming.

---

<sup>56</sup> RIVET Monique. Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ? *Soins Cadres*, 11/2011, n°80 :27.

<sup>57</sup> DEJOURS Christophe. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Editions INRA, 2003 : 51.

<sup>58</sup> HURLIMANN Claire. *Approche conceptuelle de la qualité de soins* [en ligne]. In : Adsp n° 35, Juin 2001, p.23. Disponible sur <<http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-35/ad352328.pdf>> (consulté le 22 décembre 2012).

### 3 L'évaluation des compétences

Avant de détailler ce qu'est l'EPP, il est nécessaire de se poser la question de l'évaluation d'une manière plus générale. Il s'agit d'une étape décisive pour adapter la formation aux besoins des professionnels.

Il ne peut y avoir de compétences pérennes sans évaluation. En effet, comme nous avons pu le voir, les compétences ne sont pas acquises de manière définitive mais doivent être régulièrement complétées, réajustées. Afin de pouvoir le faire de manière juste et adaptée, il est donc nécessaire de les évaluer. L'évaluation est l'étape essentielle de toute démarche d'amélioration de la qualité. Elle a longtemps été utilisée pour juger, récompenser, comparer... Actuellement, elle est plutôt considérée comme utile dans la mise en place des processus d'apprentissage.

#### 3.1 Les différentes visions

Le dictionnaire Larousse<sup>59</sup> donne la définition suivante de l'évaluation : « *action de déterminer la valeur de quelque chose* ». Mais l'évaluation est également le résultat de cette action, « *quantité, valeur ainsi établie* ».

De manière plus spécifique, nous pouvons trouver de nombreuses définitions de l'évaluation des compétences. Je ne présenterai ici que celles de certains auteurs.

Tout d'abord, abordons l'approche de l'évaluation dans le paradigme constructiviste de l'apprentissage. Gardner définit l'évaluation comme « *le processus par lequel des informations sont obtenues au sujet des connaissances (skills) et des capacités (potentials) d'une personne* »<sup>60</sup>.

L'évaluation des compétences, pour Philippe Zarifian, se centre sur les compétences mises en œuvre dans une situation de travail donnée. Elle a pour objectifs de dresser les compétences du salarié mais surtout de permettre d'élaborer un plan de développement de ses compétences pour l'avenir<sup>61</sup>. Il distingue trois évaluateurs potentiels : la hiérarchie de l'entreprise, le destinataire de l'action réalisée et le salarié lui-même.

---

<sup>59</sup> Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9valuation/31794>> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2012).

<sup>60</sup> Cité par TARDIF Jacques. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. *L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation*. Collection sous la direction de René Hivon. Université de Sherbrooke, 1993, p.27-56.

<sup>61</sup> ZARIFIAN Philippe. *De la notion de qualification à celle de compétence*. Disponible sur <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page143.htm>> (consulté le 9 mars 2013).

Pour Guy le Boterf<sup>62</sup>, l'évaluation des compétences peut se faire selon trois modalités différentes :

- « *Par les performances* » ou les résultats : le résultat attendu, fixé étant obtenu, cela sous-entend qu'il y a compétences. Il est nécessaire, dans cette approche, d'avoir défini la part de responsabilité individuelle dans l'atteinte de l'objectif,
- « *Par les ressources* » ou les acquis: évaluation des ressources personnelles (savoirs, savoirs faire procéduraux, savoirs faire expérimentiels, savoirs être) et extérieures (personnes, lectures), base nécessaire pour agir avec compétences,
- « *Par les pratiques professionnelles* » : « *elle consiste à inférer qu'il y a compétences si le déroulement de l'activité professionnelle réelle (...) correspond à un ensemble d'exigences professionnelles* »<sup>63</sup>. Cette évaluation est donc réalisée lors de l'exercice de l'activité et sera fonction du curseur de la compétence<sup>64</sup>.

Très souvent, l'évaluation des compétences est remplacée par l'évaluation des ressources devant être utilisées afin d'agir avec compétences ou par celle des résultats seule. Selon Guy Le Boterf, il s'agit en réalité de combiner ces trois approches afin d'avoir une évaluation la plus pertinente possible.

### **3.2 Les prérequis à la démarche d'évaluation**

Il semble difficile de réaliser une évaluation objective puisqu'il n'y a pas une seule façon d'agir avec compétences. Il est donc nécessaire de définir de manière consensuelle des critères d'évaluation identiques mesurables en quantité et qualité. L'élaboration de référentiels (de compétences, d'évaluation, d'observation) est alors un passage obligé. Ces outils doivent présenter plusieurs qualités<sup>65</sup> à savoir : validité (précision de la mesure), fiabilité (constance), objectivité (concordance des jugements des différents évaluateurs).

Pour élaborer ces outils et évaluer les compétences, la connaissance du travail effectué semble un prérequis indispensable. En effet, évaluer en situation suppose un regard expert sur les éléments de compétences et sur les ressources mobilisées et leur mise en synergie. L'évaluateur doit donc avoir une idée précise des ressources à mobiliser aussi bien que de la façon de les mettre en synergie. Si l'on se place de

---

<sup>62</sup> LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences. Edition d'Organisation, 2006 : 156-164.

<sup>63</sup> LE BOTERF Guy. *Ibid.* 2006 : 157.

<sup>64</sup> LE BOTERF Guy. *Ibid.*, 2006 : 58. Cf. annexe 1.

<sup>65</sup> THUILIER Odile, VIAL Michel. *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital.* Editions Lamarre. 2003, 219 p.

manière plus spécifique au niveau du cadre de santé, ce dernier réalise toujours son évaluation en référence aux soins même s'il ne les pratique plus. Il est important d'avoir défini les principales compétences nécessaires à l'exercice du métier ainsi que le niveau requis pour chacune d'elles.

Guy Le Boterf<sup>66</sup> précise qu'une évaluation réussie nécessite la qualité et l'impartialité des évaluateurs. Les règles d'évaluation doivent être précisées et les finalités et critères de cette évaluation explicités. Les résultats seront ensuite bien évidemment à transmettre.

Les critères peuvent porter sur des résultats directs de l'activité, sur la façon de procéder dans la réalisation de l'activité ou bien sur la compréhension/l'explicitation de l'acte réalisé (développement de la démarche d'analyse).

### 3.3 L'évaluation à l'hôpital par le cadre de santé

Le cadre de santé, au sein de son unité, a de multiples tâches d'évaluation : protocoles, dossiers de soins, budget, matériel, procédures, charge de travail, qualité des soins, personnels... Selon Odile Thuillier et Michel Vial<sup>67</sup>, l'évaluation réalisée par le cadre de santé est double : en lien avec les procédures et avec les dimensions humaines du travail des soignants (attitude, façons d'être, relationnel). Le premier type d'évaluation est très facilement évaluable puisque balisé par des protocoles. Pour le second, par contre, ce ne sera pas le cas, car, ici, évaluer procède d'une activité d'interprétation des événements et non pas d'une simple application de procédures et de protocoles.

Le cadre de santé, par l'exercice de l'évaluation, s'assure des compétences des professionnels (et ainsi de la qualité de soins) mais leur offre également un accompagnement dans leur développement professionnel. Nous avons ici les deux fonctions de l'évaluation évoquées par ces mêmes auteurs : « *fonction de bilan* » (logique de contrôle, vérification de la conformité des compétences) et « *fonction de promotion des potentiels* »<sup>68</sup>(logique formative, questionnement sur la pertinence des compétences et les faire exister).

---

<sup>66</sup> LE BOTERF Guy. Repenser les compétences pour dépasser les idées reçues : 15 propositions. Paris. 2008 : 105.

<sup>67</sup> THUILIER Odile, VIAL Michel. *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. Editions Lamarre. 2003 : 21.

<sup>68</sup> THUILIER Odile, VIAL Michel. *Ibid.* 2003 : 42.

L'évaluation des compétences se situe à des niveaux divers et variés et pourra être réalisée par différents acteurs. Plusieurs outils peuvent ainsi être utilisés. L'auto-évaluation, les contrôles de connaissances, les entretiens annuels d'évaluation, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en sont des exemples. L'évaluation peut alors être permanente ou ponctuelle.

L'évaluation est un moyen d'atteindre un but (dans notre cas, pérennisation des compétences) et non pas une finalité en soi. L'évaluation serait dénuée d'intérêt, si l'on ne prenait en compte que ses résultats. Il est ainsi important de pouvoir en discuter, prendre du recul et ainsi de développer la réflexivité des professionnels. L'évaluation des compétences est ainsi un outil majeur d'aide à la décision et à l'action en ce qu'il permet de prévoir des axes d'amélioration. Evaluer consiste en contrôler mais également en comprendre ce qui est fait. Cette démarche a pour objectif de permettre d'agir avec plus d'efficacité, de déterminer le niveau de compétences de la personne afin de proposer des formations adaptées si nécessaire. Cela concourt à la construction de l'avenir professionnel du collaborateur.

Je n'aborderai pas ici en détail tous les moyens d'évaluation à disposition du cadre de santé. Je souhaite particulièrement m'intéresser à l'évaluation des pratiques professionnelles du fait de son intégration à la démarche de DPC que nous allons très prochainement voir arriver au sein de nos services de soins. J'ai de plus, été très sensibilisée, comme évoqué en première partie, à ce type de démarche qualité dans le poste que j'occupais en tant que faisant fonction de cadre de santé. Il me semblait intéressant d'approfondir ce point puisque j'aurai toujours à mon retour la charge du programme qualité JACIE.

Il me faut également évoquer la problématique du « temps ». Le cadre de santé est pris, dans l'unité, par de multiples tâches toutes aussi chronophages les unes que les autres. Evaluer est une tâche complexe, qui nécessite d'être organisée avec temps et patience si l'on souhaite donner une chance à la progression et l'évolution positive des compétences des différents salariés. Il s'agit ici de réaliser un vrai choix de management, par la qualité et les compétences.

## 4 L'évaluation des pratiques professionnelles

### 4.1 Un incontournable

L'article R4312-10 du Code de la santé publique précise que l'évaluation est une obligation pour l'infirmier(e) car « *Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles* »<sup>69</sup>.

L'évaluation devient également une obligation pour les établissements de santé à partir de 1991 comme nous l'indique l'article L.710-4 de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : « *Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience* »<sup>70</sup>.

Dans le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles<sup>71</sup>, on peut retrouver à l'article 1 : « *Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* ». Il s'agit bien d'une démarche de développement professionnel et non pas un simple contrôle associé à une sanction potentielle.

Le DPC, avec la loi HPST, s'inscrit dans cette même dynamique d'analyse et d'évaluation.

### 4.2 En pratique

#### 4.2.1 La définition de la Haute Autorité de Santé

Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), l'évaluation des pratiques professionnelles « *consiste à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un*

---

<sup>69</sup> Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913914&cidTexte=LEGITEXT000006072665> (consulté le 03 décembre 2012).

<sup>70</sup> Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668> (consulté le 03 décembre 2012).

<sup>71</sup> Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810646> (consulté le 23 octobre 2012).

*plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients* »<sup>72</sup>.

L'EPP s'intègre dans la roue de la qualité, encore appelée roue de Deming<sup>73</sup>, en mesurant la qualité de la pratique et des résultats des soins et en les comparant à un référentiel en tenant compte des connaissances actuelles.

La première étape consiste donc toujours en la recherche de protocoles, recommandations professionnelles de bonnes pratiques qui ont déjà été rédigés (sites internet de l'HAS, de sociétés savantes) ou bien s'il n'y en a pas, elle consistera en leur rédaction.

Il faudra ensuite passer à la mesure des écarts de pratiques (par différents outils développés ci-après) et établir des objectifs, axes d'amélioration sur lesquels il faudra bien évidemment se réinterroger. L'EPP est une évaluation formative (et non pas sanctionnante) et intégrée à la pratique (et non pas surajoutée).

Le but de l'EPP est d'échanger et de trouver des solutions communes pour respecter au mieux la procédure. Elle ne se limite pas à l'observation de la pratique mais consiste également à demander « *à la personne qui agit d'explicitier comment elle agit et pourquoi elle agit de telle ou telle façon* »<sup>74</sup>. Les actions réalisées, tout comme les décisions prises, sont à prendre en compte.

#### **4.2.2 Les différentes approches**

Les EPP comportent de multiples approches, décrites de manière très précise par l'HAS<sup>75</sup> et qui seront différemment utilisées en fonction des objectifs choisis. Il est important de les connaître afin de pouvoir différencier ce qui relève réellement d'une EPP de ce qui consiste en une évaluation que nous appellerons « standard ».

L'approche par problème, permettant de résoudre un dysfonctionnement et d'analyser les événements indésirables, favorisera l'utilisation de la revue de morbidité et de mortalité (RMM), la méthode de résolution de problèmes, l'analyse de processus et les méthodes d'analyse de causes.

L'approche par processus (optimisation d'une prise en charge), quant à elle, passera par le chemin clinique (CC), l'analyse de processus et le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQ).

---

<sup>72</sup> Disponible sur <[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_711453/evaluation-des-pratiques-professionnelles](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/evaluation-des-pratiques-professionnelles)> (consulté le 3 décembre 2012).

<sup>73</sup> Cf. annexe 5.

<sup>74</sup> LE BOTERF Guy. Repenser les compétences pour dépasser les idées reçues : 15 propositions. Paris. 2008 : 111.

<sup>75</sup> Disponible sur <[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_483901/les-methodes-d-epp](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_483901/les-methodes-d-epp)> (consulté le 3 décembre 2012).

L'approche par comparaison à un référentiel (réalisation d'un bilan par rapport à une pratique) est l'approche qui sera la plus utilisée par les équipes soignantes. Elle est réalisée par le biais de l'audit clinique. Cette méthode d'évaluation des pratiques est donc basée sur la comparaison d'une pratique clinique à une pratique « idéale » habituellement décrite dans un référentiel de pratique. Elle comporte 4 étapes : choix du thème et rédaction du protocole d'audit, évaluation, actions d'amélioration et réévaluation. La démarche de l'audit clinique ciblé est identique, seul change le nombre de critères qui sera ici plus limité. Cette approche pourra également être traitée par la réalisation d'une revue de pertinence des soins ou une enquête de pratique.

L'approche par indicateur (suivi des indicateurs et Maîtrise Statistique des processus en Santé MSPS) et la recherche évaluative sont d'autres outils d'EPP.

L'HAS résume parfaitement ces différentes méthodes et cette démarche en établissement de santé dans le schéma présenté en annexe 6<sup>76</sup>.

### 4.3 Une finalité

L'EPP a pour but de réfléchir sur ses propres pratiques et sur les modifications nécessaires afin d'améliorer la qualité des soins. Elle permet de s'assurer de l'application des recommandations de référence et de concourir à la formation des professionnels de santé et ainsi à maintenir leurs compétences. L'EPP est ainsi un outil de professionnalisation. Elle est désormais incluse dans le référentiel de compétence de la profession d'infirmier (compétence 7 de l'annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009<sup>77</sup>). L'ensemble des activités effectuées au sein d'un hôpital peuvent être intégrées dans une démarche d'EPP. Elle est le plus souvent pluridisciplinaire. L'EPP permet également d'offrir aux patients des soins uniformes puisque conformes aux recommandations.

L'HAS a commandé en 2010 une étude<sup>78</sup> sur l'impact des démarches d'accréditation/certification des établissements de santé via une revue de littérature internationale. Il semblerait qu'il y ait un effet positif sur l'amélioration des organisations, du management et des pratiques professionnelles. Cependant il existe très peu d'études objectivant le lien accréditation/amélioration des résultats de soins.

---

<sup>76</sup> Cf. annexe 6. Disponible sur [http://has-sante.fr/portail/jcms/c\\_456117/epp-en-etablissement-de-sante](http://has-sante.fr/portail/jcms/c_456117/epp-en-etablissement-de-sante) (consulté le 3 décembre 2012).

<sup>77</sup> Cf. annexe 7. Disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf) (consulté le 3 décembre 2012).

<sup>78</sup> « Rapport : analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé ». Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1021625/rapport-analyse-de-la-litterature-sur-l-impact-des-demarches-de-certification-des-etablissements-de-sante?xtmc=&xtcr=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1021625/rapport-analyse-de-la-litterature-sur-l-impact-des-demarches-de-certification-des-etablissements-de-sante?xtmc=&xtcr=1) (consulté le 14 janvier 2013).

Les procédures d'accréditation sont nombreuses et tendent à se développer. L'ensemble des établissements de soins sont tout d'abord soumis à la démarche de certification. Certains vont compléter cette démarche qualité en participant à des procédures spécifiques qui vont être en lien avec leur activité. Nous pouvons par exemple citer le programme d'Accréditation des Centres de Lutte contre le Cancer en Europe réalisée par l'Organisation of European Cancer Institutes (OECI). L'accréditation JACIE (Joint Accreditation Committee EBMT-Euro-ISHAGE) en est également un exemple, que je vais maintenant présenter plus en détail dans la partie suivante de mon développement.

#### **4.4 Une expérience d'EPP : l'accréditation JACIE**

J'ai eu la chance de pouvoir participer et être co-responsable de la ré-accréditation de l'unité de chimiothérapie à haute dose et de greffe du Département de Cancérologie de l'Enfant et de l'Adolescent (DCEA) au sein de l'Institut Gustave Roussy (IGR).

Il s'agit d'un programme d'accréditation européen, créé en 1999 entre l'European Blood and Bone Marrow Transplantation (EBMT) et l'International Society of Hematotherapy and Graft Engineering (ISHAGE-Europe). L'accréditation concerne l'hématologie et la greffe de moelle et est délivrée pour une période de quatre ans. JACIE a été reconnu en 2007 par la Haute Autorité de Santé et est depuis, prise en compte dans l'évaluation des pratiques professionnelles. Il s'agit donc d'EPP avec un référentiel spécifique.

Ce processus permet de préserver les mêmes critères et standards de greffe (allogreffe et autogreffe) entre les différents pays européens au travers d'un référentiel d'accréditation commun<sup>79</sup>. Il concerne les unités cliniques (unités où sont réalisées les greffes), les unités de cytophérèse (unités de prélèvement) ainsi que les laboratoires de thérapie cellulaire (unités de traitement du greffon).

Le but de cette accréditation est de favoriser des soins de qualité depuis le diagnostic avec l'indication de greffe jusqu'au suivi post-greffe du patient.

En parallèle de ces standards requis pour ces trois partenaires, il est demandé de développer un plan de management de la qualité. Il précise en particulier :

- une communication et des interfaces efficaces entre les différents services concernés,
- un travail commun efficace

---

<sup>79</sup> Inspection guide 5.3.0, en date du 17 octobre 2012. Disponible sur <http://www.jacie.org/document-centre> (consulté le 23 décembre 2012).

- un système de déclaration et de gestion des événements indésirables : traçabilité et suivi des dysfonctionnements et des actions correctives mises en place
- la rédaction des procédures/protocoles concernant des actes médicaux mais également infirmiers identifiés comme à risque
- un système de gestion documentaire.

Il est demandé de manière très nette et poussée de pouvoir justifier des compétences des différents professionnels impliqués dans ce type de prise en charge. Ainsi doivent apparaître les compétences de l'équipe paramédicale et les actions mises en œuvre permettant d'assurer leur développement et leur maintien : formations continues, EPP réalisées spécifiques à la greffe afin de vérifier l'adéquation des pratiques aux procédures écrites, participation à des congrès en lien avec cette activité.

Il est indéniable que la démarche qualité au travers des EPP régulières participe de manière cruciale à la pérennisation des compétences. Nous sommes maintenant en mesure de nous poser la question des conditions nécessaires à cette pérennisation et à l'existence de ces EPP dans les unités de soins.

Tout au long de mes recherches, je me suis interrogée sur le rôle du cadre de santé dans cette démarche de pérennisation des compétences. Comment peut-il faire en sorte de favoriser cette démarche, d'assurer la présence des conditions adéquates à cette politique ? J'ai à plusieurs reprises abordé la nécessité d'une volonté individuelle, d'une réelle motivation de la part des professionnels pour que cette pérennisation puisse être effective (bien que le DPC vienne désormais la rendre obligatoire). Quel impact peut avoir le cadre de santé sur cette implication de la part des professionnels ? Nous pouvons également nous poser la question par rapport à l'organisation soignante.

## 5 Les leviers de la pérennisation des compétences

Le maintien des compétences relève de la responsabilité du cadre de santé mais également de l'infirmière. Les deux acteurs doivent prendre des dispositions pour assurer cette pérennisation qui passe nécessairement par l'évaluation. L'institution a également un rôle non négligeable dans cette démarche de pérennisation.

### 5.1 De la part du professionnel

Toute démarche d'évaluation comporte un risque pour la personne évaluée. Elle s'offre à un jugement extérieur qui peut être source de déstabilisation majeure. Accepter l'évaluation et donc se remettre en question, analyser ses pratiques, est une prise de risque. Mais cela est également source d'amélioration des pratiques, de la qualité des soins apportés. Cela concourt à la sensation du travail bien fait et donc à une certaine reconnaissance propre à l'individu ainsi qu'à une reconnaissance externe par ses pairs ou par ses supérieurs<sup>80</sup>. La sensation de travailler en sécurité des professionnels s'en trouve également renforcée.

La motivation, l'implication, l'adhésion des membres de l'équipe, leur participation, leur cohésion, nous l'avons vu, demeurent des leviers importants pour la mise en place de compétences pérennes. L'équipe ne doit pas ressentir cette démarche d'EPP comme une surcharge de travail mais bien comme un outil de développement professionnel et personnel.

Il s'agit d'une démarche pluriprofessionnelle, où chaque membre de l'équipe s'imprègne de la culture d'évaluation.

Le professionnel cherchera alors à rendre cohérentes ses propres ressources avec celles des autres membres de l'équipe, ce qui sera fonction de ses capacités à coopérer avec autrui, en d'autres termes de ses capacités à travailler en équipe.

### 5.2 De la part du cadre de santé

Du fait de la prise de risque évoquée ci-dessus, il semble important de veiller à proposer au personnel une ambiance de travail où règnent relation de confiance et écoute. Le cadre de santé adapte ainsi son style de management de façon à satisfaire les objectifs fixés par l'institution mais en n'omettant pas les besoins des équipes, ici plus particulièrement le besoin de confiance et de sécurité.

Les nécessaires qualité et sécurité des soins imposent aux cadres de santé de réaliser l'évaluation des pratiques professionnelles afin de veiller à la pérennisation

---

<sup>80</sup> DEJOURS Christophe. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Editions INRA, 2003 : 51.

des compétences (sa responsabilité risquerait d'être engagée en cas de défaut d'organisation). Il est bien sûr plus aidant si cette démarche est impulsée par la direction des soins.

A ce jour, rares sont les textes exposant de manière précise, les missions et fonctions principales des cadres de santé. La circulaire de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990 relative aux missions et fonctions principales des surveillants associée à son annexe<sup>81</sup> en est l'un d'eux. Elle n'est parue ni au Journal Officiel, ni au Bulletin Officiel. Elle précise que le cadre de santé « *participe à l'évaluation des soins, conçoit des améliorations et prévoit les moyens nécessaires à leur réalisation* ». Elle poursuit en indiquant que le cadre de santé « *participe à l'évaluation, à la sélection et à la promotion des personnels. Il met en œuvre des moyens permettant aux personnes de progresser en leur faisant prendre conscience de leurs manques, en facilitant l'expression des besoins en formation et en favorisant la participation à des actions de formation. Il collabore étroitement avec le service de formation et détermine avec lui le type d'aide que celui-ci peut apporter à l'équipe tant au plan individuel que collectif* ».

Le cadre peut être confronté à des difficultés dans la mise en place de cette démarche continue d'évaluation. Il s'agit d'accompagner les soignants dans cette appropriation en leur proposant l'évaluation comme source de construction et non pas comme un jugement qui serait assorti d'une note. Impulser cette réflexion, aider l'autre, l'accompagner à apprendre, voir et comprendre est un enjeu majeur pour le cadre de santé. Cela implique une démarche d'écoute, une fonction de formation et d'accompagnement, être un bon communicant.

L'écoute de l'évaluateur prend donc ici toute sa place. Mais écouter comporte également un risque : entendre et « *le risque d'entendre c'est de vous déstabiliser* »<sup>82</sup>. Ainsi, pour le cadre de santé également, l'évaluation peut comporter un risque et suppose une remise en question.

Henri Mintzberg décrit dix rôles du cadre<sup>83</sup>. Tous ne sont pas en lien avec l'évaluation. Selon moi, sont significatifs pour ce sujet, les rôles de :

- Leader, responsable de la formation et de la motivation
- Observateur actif, l'évaluation impliquant nécessairement l'observation
- Diffuseur, par la transmission des dernières recommandations de bonnes pratiques par exemple

---

<sup>81</sup> Annexe à la circulaire de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Missions-et-fonctions-principales.html>> (consulté le 24 décembre 2012).

<sup>82</sup> DEJOURS Christophe. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Editions INRA, 2003 : 70.

<sup>83</sup> MINTZBERG Henry. *Les dix rôles du cadre*. Edition d'Organisation, 2010 : 65-111.

- Entrepreneur et régulateur, par l'analyse des pratiques et des organisations de travail et par la recherche et mise en œuvre d'actions d'amélioration et développement des compétences.

Pour réaliser cet acte managérial qu'est l'évaluation, le cadre de santé lui-même devra nécessairement centrer ses propres compétences autour de cinq domaines définis par Philippe Zarifian<sup>84</sup> (il pourra cependant partager ces domaines de compétences avec d'autres personnes) :

- Explication des objectifs
- Soutien et expertise : réapparaît ici la nécessaire connaissance du milieu
- Animation, communication : se situer dans une « démarche compréhensive » en favorisant l'écoute, le respect, l'échange, le travail en équipe
- Interface avec les autres personnes (services, patients...)
- Gestion des compétences des membres de l'équipe à proprement parler.

Il serait ici question de tenter de mettre en place un environnement favorable à la pérennisation des compétences. Pour cela, il est utile de créer une ambiance de travail où règnent plaisir, bien être, écoute, empathie, sentiment de sécurité et valorisation. Je reprendrai ici la métaphore du jardinier utilisée par Guy le Boterf et qui m'a énormément plu : « *la stratégie du jardinier consiste à créer et à entretenir un environnement favorable (...) pour maximiser les chances que les plantes croissent* »<sup>85</sup>. Selon cet auteur, il en va de même avec les managers qui chercheront à mettre en place un environnement permettant d'augmenter la probabilité que les « *collaborateurs prennent des initiatives pertinentes et mobilisent les combinatoires appropriées de ressources* ». Plus le contexte sera favorable, plus la survenue de réussite sera grande.

Il est de plus du rôle du cadre de dépister l'ensemble des situations d'apprentissage potentielles au sein de son unité, de favoriser le travail d'équipe afin de confronter les différents points de vue et apprendre des expériences de ses collègues.

Michel Vial<sup>86</sup> précise les éléments favorisant la mise en place de l'évaluation des compétences et pouvant être maîtrisés par le cadre de santé. Je rappelle ici que, pour

---

<sup>84</sup> ZARIFIAN Philippe. *Objectif compétence*. Editions Liaisons, 2001 : 117-120.

<sup>85</sup> LE BOTERF Guy. *Repenser les compétences pour dépasser les idées reçues* : 15 propositions. Edition d'Organisation, 2008 : 80.

<sup>86</sup> VIAL Michel. *Quelles compétences pour former et évaluer des compétences professionnelles ?* Disponible sur [http://www.michelvial.com/boite\\_06\\_10/2006-Quelles\\_compétences\\_pour\\_former\\_et\\_evaluer\\_des\\_compétences\\_professionnelles.pdf](http://www.michelvial.com/boite_06_10/2006-Quelles_compétences_pour_former_et_evaluer_des_compétences_professionnelles.pdf) (consulté le 12 décembre 2012).

cet auteur, évaluer les compétences consiste à les contrôler, mais il s'agit également, selon lui, d'accompagner le professionnel dans son questionnement sur la pertinence de ses compétences et de le guider vers la construction de nouvelles compétences qui seraient alors nécessaires. Ainsi, afin de contrôler les compétences, le cadre de santé doit « *assumer d'être garant d'une certification* »<sup>87</sup> et avoir été formé à l'évaluation afin de pouvoir adopter une position neutre d'évaluateur. En ce qui concerne l'accompagnement, il s'agira alors pour le manager soignant de savoir construire de la confiance, de la reconnaissance, détecter les potentiels des différents membres de l'équipe, favoriser la réflexion sur leur expérience professionnelle pour finalement les accompagner dans la construction de leur projet professionnel.

Le cadre de santé n'évoluant évidemment pas en solitaire, mais bien dans une organisation, qu'est l'institution hospitalière, il semble nécessaire de réfléchir aux leviers existants à ce niveau.

### 5.3 De la part de l'institution

Comment l'hôpital peut-il favoriser le développement et la pérennisation des compétences ? Les démarches d'EPP sont le plus souvent impulsées par la direction du fait probablement de l'obligation inscrite dans la certification V2010 et maintenant dans le DPC. Mais l'organisation du travail peut également jouer dans cette démarche. Ainsi Philippe Zarifian parle d'une « *organisation qualifiante* »<sup>88</sup>. Ce type d'organisation, de manière complémentaire, devra permettre « *l'acquisition de routines et d'habitudes de travail* »<sup>89</sup> (pour maîtriser les actes les plus adaptés à la situation de travail) mais également autoriser « *l'instabilité et la capacité d'évolution des situations qui deviennent perçues comme source et occasion d'apprentissage* »<sup>90</sup> (développement des capacités d'adaptation). Il s'agit donc, selon lui, d'une organisation qui permet d'apprendre, d'augmenter les compétences de ses salariés. L'évaluation est alors source de connaissances.

Il est donc nécessaire d'autoriser une certaine autonomie, laisser l'individu « *apprendre à apprendre* », favoriser l'apprentissage et ne pas se plonger dans le « *tout procédure* ». Philippe Zarifian souligne donc que l'hôpital, pouvant être considéré du point de vue sociologique comme étant une organisation qualifiante, se devra de favoriser l'évolution des compétences de ses salariés mais également de s'autoriser à évoluer, lui-même, « *sous l'action de ses membres* »<sup>91</sup>.

---

<sup>87</sup> VIAL Michel. *Ibid.* 2006 :5.

<sup>88</sup> ZARIFIAN Philippe. *Ibid.* Editions Liaisons, 2001 : 111.

<sup>89</sup> *Ibid.*

<sup>90</sup> ZARIFIAN Philippe. *Ibid.*, 2001 : 112.

<sup>91</sup> ZARIFIAN Philippe dans l'ouvrage dirigé par MINET Francis, PARLIER Michel, DE WITTE Serge. *La compétence, mythe, construction ou réalité ?* Editions L'Harmattan, 1994 :114.

Une organisation qualifiante est donc une organisation dans laquelle des occasions et des transferts d'apprentissage sont possibles mais également une organisation au sein de laquelle le professionnel trouve des motifs d'apprentissage.

La compétence, nous l'avons vu, n'est pas innée. Le rôle du management de proximité et de la politique managériale de l'institution est donc d'accompagner le développement des compétences, par le biais de l'aide au développement de l'autonomie, de l'initiative et de la responsabilité, trois attitudes clés d'un professionnel compétent. Guy le Boterf<sup>92</sup> présente quelques pistes d'actions favorables au développement des compétences présentées en annexe 8.

---

<sup>92</sup> LE BOTERF Guy. Repenser les compétences pour dépasser les idées reçues : 15 propositions. Paris. 2008 : 83.

## 6 La synthèse intermédiaire

Nous avons pu voir que les définitions des compétences étaient multiples et variées. De nombreux autres auteurs non abordés ici ont également réfléchi à ce concept avec des approches quelque peu différentes. Mais il m'était bien évidemment impossible de tous les évoquer. Je peux par exemple citer Philippe Perrenoud dont la conception est plus en lien avec l'enseignement.

La pérennisation des compétences est un terme encore peu employé aujourd'hui. Il est surtout question pour les managers de développer les compétences de leurs collaborateurs, de s'assurer de leurs compétences. Leur maintien se situe à un niveau supérieur et je pourrais dire qu'il s'agit en réalité de l'étape suivante. Pour pouvoir pérenniser des compétences, encore faut-il déjà en avoir et les avoir évaluées.

Ceci démontre bien que l'étape fondamentale est celle de l'évaluation : qu'elle se situe au début du parcours professionnel afin de réaliser un état des lieux des compétences du collaborateur ou bien tout au long de l'exercice professionnel dans le but de s'assurer que le collaborateur demeure compétent.

Les moyens d'évaluation à disposition du cadre de santé sont multiples. Les EPP demeurent cependant un outil privilégié puisqu'elles sont en lien direct avec l'exercice de la profession au quotidien. Nous avons en effet pu voir que les compétences étaient indissociables de l'activité, qu'elles ne s'exprimaient que dans l'action comme nous le rappelle la définition de la compétence donnée par la DGOS : « *Ensemble de savoir-faire, de comportements et de connaissances mobilisés dans une action et adaptés aux exigences d'une situation* »<sup>93</sup>. Les EPP semblent ainsi être totalement adaptées à l'évaluation des compétences du personnel soignant.

Pour que cette pérennisation soit effective, plusieurs éléments entrent en ligne de compte. Ils seront dépendants du professionnel lui-même, du cadre de santé ou bien de l'institution hospitalière.

Voici donc un bref résumé des recherches documentaires réalisées dans le cadre de ce mémoire. Il va être maintenant question d'interroger certains cadres de santé afin de savoir comment ils s'assurent de la pérennité des compétences de leurs collaborateurs. Il me sera alors possible de confronter mon hypothèse de départ, « *l'usage régulier de l'EPP est, pour le cadre de santé, l'assurance de la pérennisation des compétences des membres de l'équipe soignante* » aux résultats de cette enquête.

---

<sup>93</sup> DHOS. *Réforme de la formation chez les paramédicaux*. Disponible sur [http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sante.gouv.fr%2FIMG%2Fppt%2FReforme\\_formation\\_chez\\_les\\_paramedic\\_aux.ppt&ei=DzdZUCtuMY3DPMOKgbAD&usq=AFQjCNEb-LWjZjlAonhEkCvTLn6rNuaVXQ&bvm=bv.44442042,d.ZWU](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sante.gouv.fr%2FIMG%2Fppt%2FReforme_formation_chez_les_paramedic_aux.ppt&ei=DzdZUCtuMY3DPMOKgbAD&usq=AFQjCNEb-LWjZjlAonhEkCvTLn6rNuaVXQ&bvm=bv.44442042,d.ZWU) (consulté le 1<sup>er</sup> avril 2013).

## **Troisième partie : l'enquête**

Trois grandes démarches scientifiques existent : l'induction, la déduction et la démarche hypothético-déductive<sup>94</sup>. Ma recherche est quant à elle du dernier type. Il s'agit en effet d'une démarche hypothético-déductive puisqu'il s'agit ici de vérifier ou infirmer mon hypothèse de recherche par la réalisation d'un test empirique (investigation de la réalité).

Dans un premier temps, j'aborderai donc la méthodologie de l'enquête choisie : population et lieu, outil utilisé, élaboration du dispositif, réalisation et limites de l'enquête. Puis je réaliserai une analyse quantitative et qualitative des données recueillies pour finalement en proposer une synthèse<sup>95</sup>.

### **1 La méthodologie de l'enquête**

#### **1.1 La population et le lieu**

Le choix de la population à interroger est une étape importante et qu'il faut définir de manière adaptée. L'élaboration du cadre conceptuel et la formulation de l'hypothèse de départ m'ont permis de définir cette population cible. En effet, je souhaitais réaliser cette exploration auprès de cadres de santé utilisant de l'EPP « réelle ». Parfois, les managers pensent faire de l'EPP mais ce n'est en réalité pas le cas si l'on se réfère à la définition donnée par l'HAS : l'EPP « *consiste à analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients* »<sup>96</sup>. La confrontation aux recommandations professionnelles n'est souvent pas réalisée et l'analyse n'est pas toujours effectuée. Quelle population de cadres alors interroger afin d'être sûre de pouvoir évaluer l'impact de l'EPP dans la pérennisation des compétences ?

Mon expérience professionnelle m'a été d'une grande aide. Comme nous avons pu le voir dans le chapitre 4 de la partie précédente, le référentiel d'accréditation JACIE demande la justification des compétences de l'équipe soignante, justification qui passe par la réalisation d'EPP. Il est également nécessaire de mettre en place un

---

<sup>94</sup> DEPELTEAU François. La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats. Paris. 2003 : 55-67.

<sup>95</sup> Des extraits des réponses données par les cadres pourront être cités tout au long de cette partie. J'informe les lecteurs que les fautes d'orthographe au sein de ces citations n'auront pas été corrigées.

<sup>96</sup> Disponible sur <[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_711453/evaluation-des-pratiques-professionnelles](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/evaluation-des-pratiques-professionnelles)> (consulté le 3 décembre 2012).

manuel d'amélioration de la qualité. Les cadres de ses services, par le biais de cette accréditation spécifique, utilisent ainsi l'EPP.

Pendant ce choix de population peut sembler introduire un biais, avec des cadres particulièrement sensibilisés à l'évaluation des compétences des soignants. Mais comme je l'ai dit précédemment, la pérennisation des compétences constitue la suite logique de leur développement. Il faut tout d'abord instaurer les compétences initiales pour pouvoir, ensuite, rendre le professionnel compétent de manière pérenne. Ce niveau de réflexion à atteindre justifie donc également le choix des services accrédités JACIE. Ne voulant pas évaluer le développement des compétences mais bien leur maintien dans la durée, il me fallait trouver des services engagés dans une démarche qualité poussée, ce que m'offraient les centres accrédités JACIE.

La population ciblée par cette enquête est donc celle des Cadres de Santé (CDS) ou des Faisant Fonction de Cadre de Santé (FFCS) des unités accréditées JACIE sur le territoire français.

## 1.2 Le choix de l'outil

Le choix de l'outil de l'enquête a été conditionné par la population cible. En effet, les centres accrédités se situent sur l'ensemble du territoire français. Je ne souhaitais pas limiter mon enquête aux seuls centres d'Ile de France car ils sont trop peu nombreux (trois). Il fallait donc également interroger des cadres très éloignés géographiquement. C'est pourquoi j'ai fait le choix du questionnaire comme outil d'enquête, adressé aux cadres des différents services accrédités. La liste des centres accrédités en Europe est disponible sur le site JACIE<sup>97</sup>. Je présente en annexe 9 l'ensemble des centres contactés pour la participation à l'enquête. Ils sont au nombre de 21 en janvier 2013.

Ce questionnaire a été réalisé en ligne. J'ai opté pour l'outil informatique car cela me semblait plus rapide et économique. Il n'y a également pas de risque de perte de questionnaires par courrier. De plus, les réponses sont immédiatement recensées par le logiciel sur un fichier Excel, ce qui représente un gain de temps non négligeable en termes de saisie des données (automatiquement anonymisées par le logiciel). Cela permet un suivi du nombre de réponses en temps réel, ce qui a été facilitant pour mettre fin à l'enquête lorsque le nombre cible de questionnaire a été atteint (correspondant à un échantillon représentatif de la population étudiée). Les données recueillies ne sont donc pas exhaustives de la population des CDS/FFCS exerçant au sein des unités accréditées JACIE.

---

<sup>97</sup> Liste des centres accrédités. Disponible sur <<http://www.jacie.org/accredited-centres>> (consulté le 4 janvier 2013).

La première page du questionnaire spécifiait le thème du questionnaire (les EPP) dans le cadre de la démarche JACIE, rappelant ainsi aux CDS/FFCS le thème interrogé.

### **1.3 L'élaboration du dispositif et réalisation de l'enquête**

La première étape de dispositif d'enquête a été l'élaboration du questionnaire en format Word et sa validation par mon directeur de mémoire. Il a ensuite été testé auprès de deux collègues cadres, ce qui a permis un premier réajustement. La création du formulaire en ligne a également nécessité quelques modifications dans l'intitulé de certaines questions pour des raisons de faisabilité. Finalement, le questionnaire définitif a été mis en ligne le 5 mars et est présenté en annexe 10. La durée de remplissage a été estimée à une trentaine de minutes. Il comporte six parties distinctes qui permettront de confronter mon hypothèse aux données fournies par les CDS ou FFCS interrogés. A chaque partie, sauf la dernière qui correspond aux questions d'identification de la population étudiée, se rattache un thème précis défini au regard du cadre conceptuel. Les types de questions sont divers : ouvertes (en nombre restreint), semi-ouvertes (« autre », « précisez » à la fin d'une liste prédéfinie), fermées dichotomiques (oui/non), à type d'échelle (« Tout à fait d'accord » à « Tout à fait en désaccord ») ou à choix multiples.

J'ai ensuite contacté par téléphone les cadres de santé des différentes unités accréditées afin de savoir s'ils acceptaient de remplir ce questionnaire et, si tel était le cas, de recueillir leur adresse mail. Le plus souvent, par centre, deux cadres de santé étaient engagés dans la démarche, avec chacun une spécialité : service adulte ou pédiatrie par exemple. Les réponses ont été reçues jusqu'à fin mars afin de leur laisser le temps de répondre au questionnaire. Une relance par mail a été réalisée mi-mars. Cela a permis au final, de récolter vingt réponses, toutes exploitables. Ce chiffre correspond donc à la moitié environ des cadres concernés par la démarche en France, ce qui me semble être un échantillon représentatif<sup>98</sup> de la population cible de cette enquête.

Les échanges téléphoniques avec ces cadres ont été très positifs. Après un premier effet de surprise, JACIE étant une accréditation très spécifique et uniquement connue dans le monde de l'hématologie et de la greffe de moelle, les cadres ont tous été ravis de participer à cette enquête. J'ai ainsi pu échanger avec eux, certes brièvement, mais surtout créer un premier contact. Des « rendez-vous » ont ainsi été pris, avec certains, à ma reprise de poste, dans le but de partager et enrichir nos expériences respectives dans cette démarche.

---

<sup>98</sup> Mon directeur de mémoire avait validé le nombre minimum de questionnaires à 15.

## 1.4 Les limites

Les limites de ce travail se situent à plusieurs niveaux. Elles sont liées à l'outil lui-même, à la population interrogée ou bien à l'analyse des réponses.

Abordons tout d'abord celles de l'outil informatique qui a certes de gros avantages. Il a cependant nécessité que je modifie certaines questions. J'ai par exemple dû remplacer la demande de classement des réponses par ordre de préférence en item « Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt en désaccord », « Tout à fait en désaccord ».

En ce qui concerne la population interrogée, même si l'ensemble des cadres ont été contacté, tous n'ont pas répondu, ce qui ne permet pas d'avoir une vision exhaustive de l'avis des CDS/FFCS exerçant dans les unités accréditées. Mon enquête comprend donc une marge d'erreur, puisque basée sur un échantillon, qui n'est cependant pas évaluable. J'ai de plus bien conscience que ce qui se passe, dans ces unités, en termes d'évaluation des compétences et de réalisation d'EPP n'est pas forcément représentatif de la réalité des autres services. J'ai expliqué auparavant le choix de cette population, la question des compétences pérennes ne se posant que dans une deuxième phase de la gestion des compétences.

Les limites en lien avec l'analyse des réponses sont probablement celles qui m'ont le plus mise en difficulté. J'ai en effet élaboré le questionnaire selon un ordre de questions qui me semblait logique. Mais lors de l'exploitation des résultats, je me suis rendue compte que cette analyse ne pouvait se faire dans l'ordre initialement prévu. Je n'arrivais pas à tirer « le fil logique » entre toutes ces questions, qui pourtant m'étaient apparus lors de la construction de l'outil de l'enquête. Les questions concernant la pérennisation des compétences arrivaient ainsi très tôt dans le déroulé du questionnaire, alors que je n'ai pu en analyser les réponses qu'après avoir parcouru quasiment toutes les autres questions.

Certaines questions, du fait de leur formulation, ont également été difficilement exploitables comme cela sera précisé dans le chapitre suivant pour les questions concernées.

J'espère cependant proposer une analyse rigoureuse et la plus objective possible qui puisse transmettre le plaisir qu'a pu me procurer ce travail de réflexion dans son ensemble.

Je vais maintenant présenter et analyser les données recueillies grâce aux vingt questionnaires récupérés au cours de cette enquête. Les résultats détaillés sont exposés en annexes 11 et 12.

## 2 L'analyse

Dans un premier temps sera proposé le profil des CDS/FFCS ayant répondu au questionnaire, grâce aux questions d'identification posées. Je proposerai ensuite une analyse thématique des cinq thèmes abordés (les compétences et leur évaluation, l'accréditation JACIE, les compétences JACIE, la pérennisation des compétences et les avantages, limites et leviers de la démarche JACIE). Au préalable, et par thème, j'aurai effectué une analyse descriptive générale des réponses pour chaque question. Ces deux analyses (descriptive et thématique) menées conjointement, me permettront ainsi d'avoir une réflexion plus qualitative sur les données.

Afin de faciliter la compréhension, les cadres ont été numérotés de 1 à 20 selon l'ordre chronologique de réception des réponses.

### 2.1 L'identification de la population

Vingt cadres de santé/faisant fonction de cadre de santé ont ainsi répondu au questionnaire en ligne entre le 5 et le 29 mars 2013. Les centres accrédités JACIE sont de types variés. Concernant l'échantillon de cadres ayant répondu, 14 d'entre eux exercent en Centre Hospitalier Universitaire (CHU), 2 en Centre Hospitalier Régional (CHR) et 4 en Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC), comme présenté dans le schéma ci-dessous.



Répartition des 20 CDS/FFCS en fonction du lieu d'exercice

Leur ancienneté dans le poste, au sein du service, est très variable avec cependant 16 d'entre eux ayant une ancienneté inférieure à cinq ans. Dans ce même échantillon, 14 sont CDS (dont 10 avec une ancienneté inférieure à 5 ans), les 6 autres FFCS (tous avec une ancienneté inférieure à 5 ans). Les FFCS ont eu leur diplôme d'État d'infirmier entre 2002 et 2007. Les CDS quant à eux ont été diplômés cadres entre 1989 et 2009. Parmi les 4 cadres diplômés avant 2000, 3 d'entre eux sont en poste dans l'unité accréditée depuis plus de 5 ans.

## 2.2 Les compétences et leur évaluation

### 2.2.1 Le professionnel compétent : la définition des cadres de santé

La question inaugurale de l'enquête, question ouverte, porte sur la définition d'un professionnel compétent donnée par les CDS/FFCS. J'ai trié les différentes réponses par thèmes, certains d'entre eux concernent le professionnel lui-même (ressources, qualité/sécurité, responsabilité, investissement, esprit d'analyse/réflexivité, adaptation à la situation, connaissance de soi), d'autres son environnement direct, sa hiérarchie et ses collègues (vérification, confiance, partage).

Dans le premier tableau ci-dessous, sont présentées les réponses des cadres ayant pour thème les ressources définissant un professionnel compétent.

Thèmes		N° du cadre	Réponses données
<b>Ressources</b>	<i>Savoirs</i>	1	critères de savoirs
		6	connaissance (...) de la pathologie, des thérapeutiques (...)
		11	connaissances théoriques
		13	son savoir
		14	Connaissances de la patho (...) des protocoles, (...) de l'institution
		15	connaissances théoriques
		16	(...) d'un enseignement précis et spécialisé dans le domaine concerné
		17	Connaissances de base et spécifiques solides
		18	connaissances théoriques
	<i>Savoir-faire</i>	1	savoir-faire,
		2	maitrise des actes techniques
		11	les connaissances (...) pratiques
		13	savoir-faire
		15	compétences techniques générales et spécifiques
		16	possède différentes capacités dans un domaine précis
		18	Connaissances (...) pratiques
		19	Savoir-faire

Thèmes		N° du cadre	Réponses données (suite)
Ressources	Expérience	1	l'expérience
		9	a de l'expérience
		17	expérience
		18	son expérience
	Savoir-être	1	savoirs-être
		5	Un professionnel rigoureux
		6	savoir vivre et de l'empathie
		10	Une personne sérieuse, attentive
		13	savoir être
		17	compétences relationnelles
		19	Qualité humaines

Synthèse des réponses données à la première question par les CDS/FFCS et ayant pour thème les ressources

Il s'agit du thème le plus largement évoqué. Ainsi 14 cadres sur les 20 l'ont au moins évoqué une fois, si ce n'est plusieurs fois, comme cela est le cas des cadres n°1, 11, 13, 17 par exemple. Ces ressources constituent ainsi le « *savoir-agir* »<sup>99</sup> décrit par Guy Le Boterf. Nous retrouvons bien les connaissances/savoirs théoriques éloignés de l'action, les savoir-faire opérationnels (auxquels cet auteur rattache l'expérience) et les savoir-être. La recherche de ressources issues de l'environnement n'est pas ici évoquée. Les définitions données demeurent centrées sur le professionnel lui-même, sans aborder cette dimension extérieure de la compétence, nécessaire quand certaines ressources font défaut.

Avec Claude Levy-Leboyer et Patricia Benner, nous avons pu voir qu'un professionnel devient compétent par l'utilisation de son expérience, idée également associée par les cadres à la définition demandée.

D'autres thèmes, repris dans le tableau suivant ont également été cités. Les plus fréquemment évoqués sont l'adaptation à la situation qui nécessite un esprit d'analyse et de la réflexivité afin de pouvoir mobiliser les ressources adaptées. Il s'agit donc bien d'un processus qui se déploie dans la pratique de travail, approche abordée par Michel Parlier<sup>100</sup>. Nous avons bien ici l'idée selon laquelle la compétence ne peut être séparée de l'action dans laquelle elle se met en œuvre.

<sup>99</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.1.1, « Un savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir ».

<sup>100</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.1.2, « Un processus qui se déploie dans la pratique de travail ».

Thèmes	N° du cadre	Réponses données
<b>Esprit d'analyse / réflexivité</b>	1	Le questionnement réflexif
	2	sait pourquoi il le fait
	3	Une personne qui agit en connaissance de causes
	4	professionnel capable d'un certain esprit d'analyse avec un sens clinique
	5	se questionne sur ces pratiques
	8	d'analyser ses pratiques, se pose des questions sur le bien-fondé de ses actions
	9	se pose des questions sur ses méthodes de travail,
	10	se remettant en question
	11	capable de suivre les évolutions (ne pas être figé dans un schéma)
<b>Adaptation à la situation</b>	3	tout en sachant prévenir en cas de difficultés
	8	afin de pouvoir les réajuster si nécessaire
	9	une capacité d'adaptation, être capable d'entendre les remarques et d'en tenir compte
	13	Un professionnel compétent adaptera (...) aux diverses situations de soins rencontrées
	18	dans une situation bien précise
<b>Mobilisation</b>	8	capable de mobiliser ces connaissances
	12	capacité de mobiliser ses compétences dans toutes situations
	18	un professionnel qui mobilise (...) dans une situation bien précise
<b>Qualité / sécurité</b>	7	Effectue une prise en charge de qualité et sécuritaire
	12	une prise en charge de qualité dans un cadre établi

Thèmes		N° du cadre	Réponses données (suite)
<b>Connaissance de soi</b>		4	connaissant ses limites
		11	en capacité de s'autoévaluer
<b>Ouverture d'esprit</b>		9	une grande ouverture d'esprit
		10	ouverte d'esprit
<b>Investissement</b>		1	l'investissement formatif
		9	qui va de l'avant
		10	Proposant (...)
<b>Responsabilité</b>		1	la responsabilité
		3	capable d'assumer les actes réalisés

Synthèse des autres thèmes relatifs au professionnel, abordés par les CDS/FFCS dans la première question

Nous pouvons également voir que la compétence est associée, par deux cadres, de manière explicite, à la qualité et la sécurité de soins, qui serait alors la résultante d'une prise en charge réalisée avec compétences.

Par l'évocation de la connaissance de soi et de l'ouverture d'esprit, les cadres introduisent l'idée que l'analyse ne se résume pas à celle de la situation mais concerne également les professionnels eux-mêmes. La réflexivité est alors extérieure par rapport à la situation mais aussi interne. Cette analyse de soi est l'étape première à la détermination des compétences manquantes ou à développer.

Le thème de l'investissement, abordé par trois cadres fait référence quant à lui au « *vouloir agir* »<sup>101</sup>, développé par Guy Le Boterf. Sans motivation, il apparaît plus complexe de s'associer à cette démarche d'analyse, composante de la compétence.

Le dernier thème évoqué (cadres n°1 et 3) concernant le professionnel est celui de la responsabilité, la compétence s'étendant jusqu'à répondre des choix et actions réalisés, si l'on se réfère à l'approche sociologique de Philippe Zarifian<sup>102</sup>.

Les réponses données ont également concerné l'environnement du professionnel, mais de manière beaucoup moins franche. Ainsi les compétences sont constatées par un « autre » (non précisé par le cadre n°16) et elles passent par la reconnaissance des pairs. Ces thèmes seront plus largement développés

<sup>101</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.1.1, « Un savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir ».

<sup>102</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.1.3, « L'approche sociologique : initiative et responsabilité ».

ultérieurement dans les questions concernant l'évaluation et les leviers de la démarche JACIE.

Finalement, la notion de partage, évoquée par trois cadres, pourrait être une ébauche de la recherche de ressources extérieures évoquées ci-dessus. Pour ces cadres, la compétence s'exprime au sein d'une équipe et se partage. L'individu n'est pas compétent seul et nécessite une interaction avec ses collègues, interaction permettant alors la mutualisation des compétences de chacun.

Ci-dessous est présentée une synthèse des réponses analysées précédemment.

Thèmes		N° du cadre	Réponses données
<b>Vérification</b>		<b>16</b>	Des capacités constatées ou notifiées
<b>Confiance</b>		<b>1</b>	la confiance de ses pairs (et du supérieur)
<b>Partage</b>		<b>5</b>	partage ses connaissances et compétences
		<b>8</b>	Il travaille avec ses collègues
		<b>10</b>	Mettant ses compétences au service de l'ensemble du service où elle travaille

*Synthèse des réponses données à la première question par les CDS/FFCS ayant pour thème l'environnement du professionnel*

Nous avons pu voir la multitude de définitions d'un professionnel compétent proposées par les cadres interrogés. Chacun d'entre eux en donne une spécifique, ce qui renvoie bien à la notion de particularité du « *curseur de la compétence* »<sup>103</sup> de Guy Le Boterf. Les définitions combinent de plus la plupart du temps plusieurs thèmes. Nous retrouvons ainsi fréquemment l'association de grandes idées communes à savoir les ressources, l'esprit d'analyse/la réflexivité et l'adaptation à la situation.

La question suivante portait sur la réalisation d'un référentiel de compétences, dont la nécessité (pour la réalisation du diagnostic des compétences) a été abordée en deuxième partie de ce mémoire.

12 unités déclarent avoir élaboré un référentiel de compétences. Cependant, des doutes peuvent être émis sur ces réponses. En effet, lors de l'analyse de la question suivante « *Si oui, citez les compétences qui vous semblent les plus pertinentes en lien avec l'activité spécifique de l'unité* », il est difficile de déterminer

<sup>103</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.1.1, « Un savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir ».

s'il s'agit de référentiels d'activités, d'actes ou de compétences qui ont été en réalité élaborés. Il faudrait pour cela pouvoir voir les documents. Si l'on reprend les deux étapes de l'élaboration d'un référentiel de compétences décrites par Claude Levy-Leboyer<sup>104</sup>, il me semble ici que la plupart des cadres se soient arrêtés à la première, description des activités. Ceci peut être dû à la méconnaissance de ce qu'est un référentiel de compétences.

Aucun cadre n'a précisé s'il utilisait le référentiel infirmier de compétences comme base de travail.

Les réponses sont cependant exploitables même si l'on ne peut affirmer avec certitude qu'il s'agisse de référentiels « conformes ». De grands thèmes reviennent fréquemment :

- Compétences théoriques (6/12 réponses)
- Compétences techniques (10/12)
- Compétences relationnelles (5/12)
- Compétences éducatives (4/12)

On retrouve ainsi les différentes ressources évoquées dans le « savoir agir » par Guy Le Boterf<sup>105</sup>. En voici quelques extraits<sup>106</sup> :

- Les connaissances/les savoirs théoriques éloignés de l'action : « *connaissance transfusionnelle* » (n°2), « *connaissance des pathologies* » (n°6), « *Chimio, sang et dérivés, greffe* » (n°14),
- Les savoirs-faire opérationnels : « *Service très technique avec beaucoup de procédures et de protocoles de soins. Application des protocoles* » (n°7), « *manipulations sur KT central* » (n°19), « *Connaitre le fonctionnement des flux ainsi que les actions à mettre en place en cas de panne* » (n°20),
- Les savoirs-être ou aptitudes comportementales : « *savoir concilier une prise en charge technique et relationnelle des patients et familles dans une unité "très riche en procédures"* » (n°5), « *établir une communication adaptée* » (n°16), « *compétences relationnelles dans le cadre d'une écoute, de la détection de problèmes psychologiques, sociaux* » (n°19),
- Les ressources de l'environnement : « *organiser son travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire* » (n°16), « *compétences relatives au sens du travail en équipe avec les différents acteurs de soins* » (n°5).

Les compétences évoquées sont donc des aptitudes, des traits de personnalités, des compétences génériques, spécifiques et techniques. Ces référentiels présentent ainsi les compétences stratégiques de ces unités de greffe.

---

<sup>104</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.3, « Un outil du management des compétences : le référentiel de compétences ».

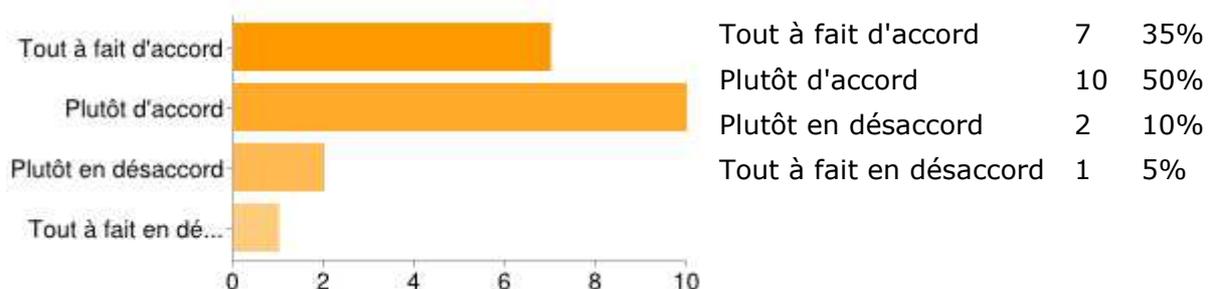
<sup>105</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.1.1, « Un savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir ».

<sup>106</sup> Les éléments ici cités sont issus des réponses données au questionnaire.

Nous avons vu que tous les cadres n'avaient pas réalisé de référentiel. De plus, pour ceux qui en avaient élaboré un, la question de sa conformité a pu être posée au vu des réponses données. Le côté « indispensable » de ce type de document semble être ici réfuté. Cela ne pourrait-il pas être expliqué par l'existence du référentiel d'accréditation JACIE (qui n'est certes pas un référentiel de compétences) mais qui donne déjà une base d'exigences ? Il ne s'agit ici que d'une hypothèse mais cette base de référence en termes de procédures, de circuit patient, de traçabilité... ne serait-elle pas suffisante à l'évaluation des compétences des soignants sans qu'un référentiel de compétences ne soit nécessaire ? Je n'en ai moi-même pas réalisé dans le service au sein duquel j'exerçais. Ce type de projet me semble impulser de manière franche une démarche compétences au sein des unités, avec une réflexion aboutie sur les compétences nécessaires à l'exercice dans ces services sans que soit indispensable un référentiel. <sup>107</sup>

### 2.2.2 L'évaluation : définition et outils

La question suivante concernait l'évaluation des compétences et en quoi elle consistait pour les CDS/FFCS. La première affirmation « Réaliser un contrôle des compétences du collaborateur » est celle qui a obtenu les réponses les plus mitigées, comme cela est visible sur le tableau récapitulatif suivant. Ainsi pour 3 personnes, l'évaluation des compétences n'est pas le contrôle des compétences.



#### Réponses des 20 CDS/FFCS concernant l'évaluation des compétences comme la réalisation d'un contrôle des compétences du collaborateur

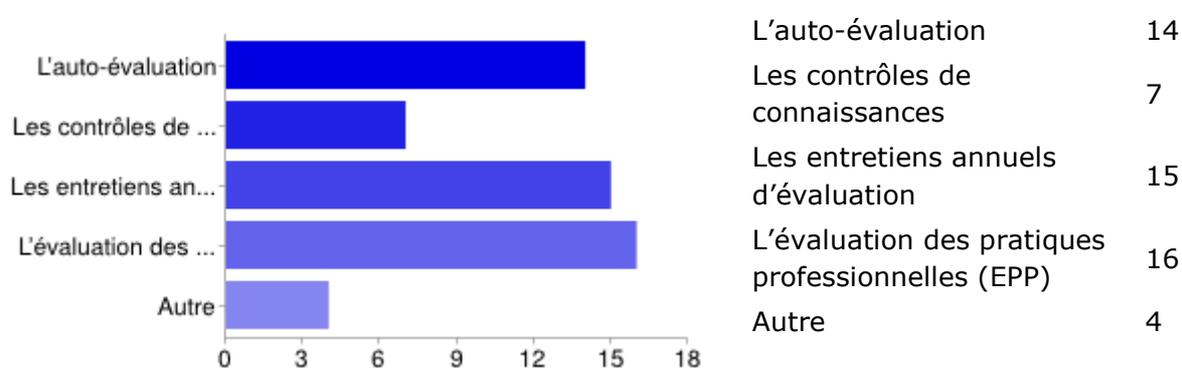
En ce qui concerne les autres propositions (« Accompagner le professionnel dans son questionnement sur la pertinence de ses compétences », « Guider le professionnel vers la construction de nouvelles compétences », « Adapter les formations aux besoins du professionnel », « Adapter les formations aux besoins du

<sup>107</sup> Il pourrait être intéressant d'approfondir plus spécifiquement l'apport d'un référentiel de compétences dans un autre travail d'enquête.

service »), l'ensemble des répondants est « Tout à fait d'accord » (pour plus de 70% d'entre eux à chaque fois) ou « Plutôt d'accord ».

L'évaluation des compétences serait donc plus perçue par les cadres comme un élément participant à l'évolution professionnelle des collaborateurs que comme un outil de contrôle. Elle permettrait ainsi d'élaborer un plan de développement des compétences du soignant pour l'avenir, conception défendue par Philippe Zarifian, Odile Thuilier et Michel Vial (« *fonction de promotion des potentiels* »<sup>108</sup>). L'évaluation est alors un moyen d'atteindre un but et non plus une fin en soi.

Les moyens utilisés par les CDS/FFCS pour réaliser cette évaluation sont divers. J'ai ainsi obtenu les réponses suivantes.



Moyens utilisés par les CDS/FFCS pour évaluer les compétences des membres de l'équipe soignante

Les méthodes « Autre » citées sont en réalité de l'EPP (« *audit de pratique* », « *audit* »), de l'auto-évaluation (« *auto évaluation au cours de l'entretien annuel et capacité à formuler des besoins en formation* ») ou bien des contrôles de connaissances (« *au travers des questions posées* »).

Un seul cadre (n°7) n'utilise qu'un moyen unique d'évaluation, l'entretien annuel d'évaluation. Les autres associent plusieurs méthodes : deux méthodes (8/20), trois (9/20) ou quatre (2/20). Les EPP (16/20), l'entretien annuel d'évaluation (15/20) et l'auto-évaluation (14/20) constituent les méthodes les plus usitées.

16 sites déclarent donc utiliser les EPP comme moyen d'évaluation des compétences, évaluation formative obligatoire et intégrée à la pratique. 13 sites utilisent 3 méthodes d'EPP ou plus de manière combinée. Les EPP, basées sur l'exercice de l'activité, permettent ainsi aux professionnels d'apprendre et de développer leurs capacités à expliquer ce qu'ils font.

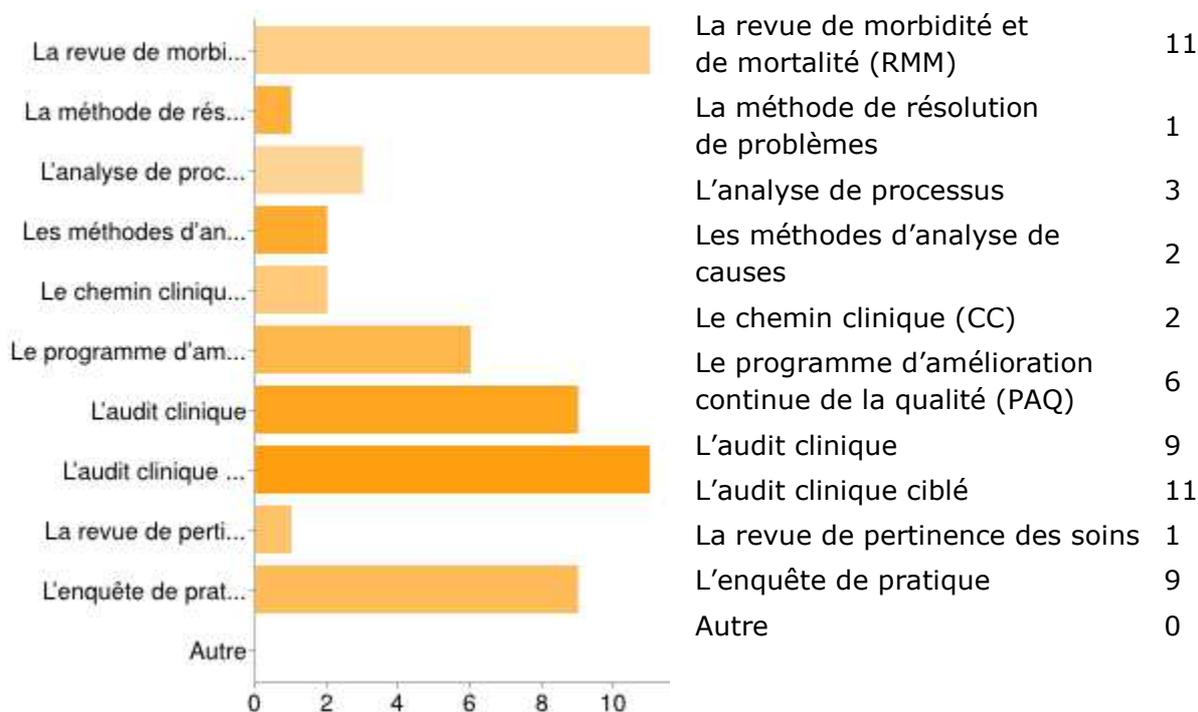
<sup>108</sup> THUILIER Odile, VIAL Michel. *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. Editions Lamarre. 2003 : 42.

Les types d'EPP employés sont très variés avec une prédominance pour :

- la revue de morbidité et de mortalité (11/16) : ceci n'est pas surprenant puisque les services ici interrogés sont des services de cancérologie, services dans lesquels les RMM sont très fréquentes et fortement recommandées dans le cadre des « critères d'agrément définis par l'INCa pour les pratiques respectives de la chirurgie des cancers, des traitements médicaux des cancers et de la radiothérapie externe »<sup>109</sup>,
- l'audit clinique ciblé (11/16)
- l'audit clinique (9/16)
- l'enquête de pratique (9/16).

Ces trois dernières réponses prédominantes confirment bien ce que nous avons évoqué dans le cadre conceptuel à savoir que la méthode la plus utilisée par les soignants est l'approche par comparaison à un référentiel. De plus, la démarche JACIE est elle-même basée sur un référentiel, formalisant de manière précise les attentes et exigences à remplir. Les critères évoqués dans ce référentiel peuvent ainsi être facilement transposables dans la pratique.

L'ensemble des données recueillies sur le type d'EPP utilisées est présenté dans le graphique ci-dessous.



Types d'EPP utilisées par les 16 CDS/FFCS ayant déclaré en réaliser

<sup>109</sup> Conseil National de Cancérologie. *Guide méthodologique Revues de Morbi-Mortalité en cancérologie.* P.3. Disponible sur <http://www.conseilnationalcancerologie.fr/images/documents/guide%20RMM%20canc%C3%A9rologie%202011.pdf> (consulté le 4 avril 2013).

La méthode de résolution de problèmes, la revue de pertinence des soins et le programme d'amélioration continue de la qualité sont des outils essentiellement employés par les qualitiens et peu par les équipes de soins, ce qui peut expliquer leur faible taux de réponses observé. Sur les 8 cadres utilisant ces outils, 5 étaient accompagnés par un membre de l'équipe qualité.

Nous allons maintenant aborder les questions ayant trait à l'accréditation JACIE des unités interrogées afin de mieux définir « l'ancienneté » des services et des CDS dans la démarche ainsi que la perception des équipes par rapport à cette démarche.

## **2.3 Les généralités sur l'accréditation JACIE**

### **2.3.1 Le service : historique de la démarche et activité**

La première question me permet de savoir s'il s'agit d'une accréditation initiale ou d'une ré-accréditation. Pour 16 services, la démarche en cours concerne un renouvellement. Ces services sont donc engagés depuis au moins 4 ans dans ce programme qualité. La plupart des ré-accréditations ont eu lieu en 2012 ou 2013 soit 12/14<sup>110</sup>.

Pour les 4 services accrédités une fois, nous pouvons remarquer qu'ils appartiennent tous aux centres n'ayant pas élaboré de référentiel de compétences. La question de l'existence d'un lien entre ancienneté dans le programme et élaboration du référentiel peut être posée. Cette dernière nécessiterait-elle une installation durable du programme dans l'unité ?

10 unités ont une activité mixte (allogreffe et autogreffe), 5 réalisent uniquement des autogreffes et les 5 autres uniquement des allogreffes.

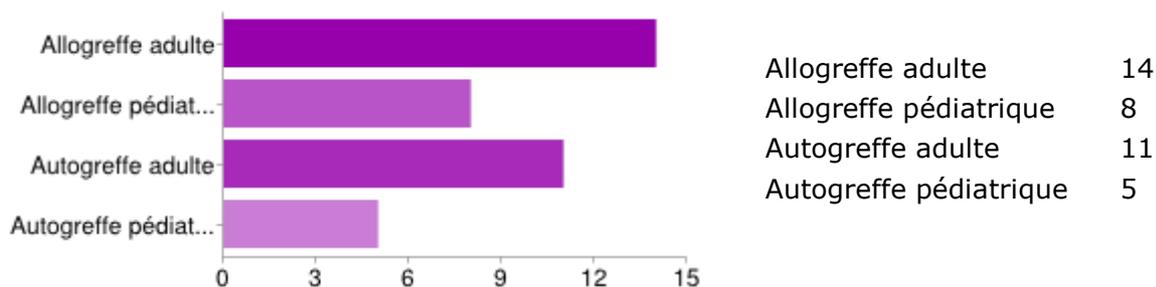
7 accueillent des adultes et des enfants, 8 seulement des adultes et 5 que des enfants. Je tiens cependant à modérer ces réponses car lors de mes appels téléphoniques pour recueillir les adresses mails des cadres à interroger, j'ai pu voir que les enfants et les adultes étaient hospitalisés dans des unités différentes. L'accréditation mixte pédiatrique/adulte est alors donnée au centre hospitalier. Il m'est ici impossible de savoir si les cadres ont répondu en fonction de leur unité ou de l'institution. Ainsi un cadre exerçant en pédiatrie, dans un centre accrédité adulte et pédiatrique, peut avoir répondu par exemple « autogreffe pédiatrique » s'il a pris en compte uniquement son service ou bien « autogreffe adulte et pédiatrique » s'il a pris en compte l'institution.

---

<sup>110</sup> Deux services ré-accrédités n'ayant pas précisé les dates, je les ai donc retiré du total.

Cet item (pédiatrique/adulte) semble donc difficilement exploitable, ce qui n'est pas le cas de l'item autogreffe/allogreffe (qui sont réalisées au sein du même service).

Le schéma suivant récapitule l'ensemble des réponses analysées.



Types de greffes réalisées dans les différents services

### 2.3.2 L'équipe projet

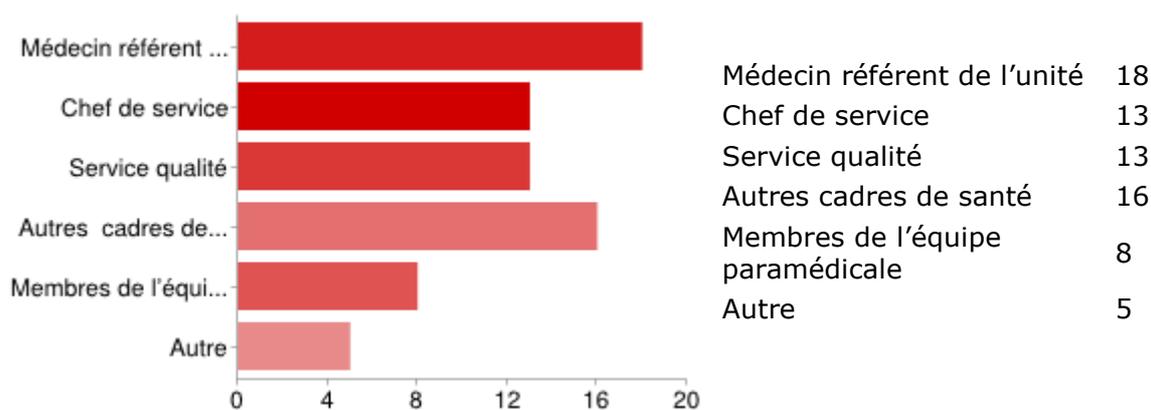
11/20 CDS ne sont pas engagés dans la démarche depuis le début, ce qui est bien en lien avec l'ancienneté dans l'unité qu'ils ont indiquée en fin de questionnaire (et analysée au début de ce chapitre).

9 CDS y sont depuis le début : 3 CDS issus des services accrédités une première fois (sur les 4 accréditations initiales), 3 CDS ayant une ancienneté de plus de 6 ans (sur les 4 de l'échantillon diplômés avant 2000). Concernant les 3 derniers CDS déclarant participer à la démarche depuis le début, il y a une contradiction entre leur ancienneté au sein de ce poste et la date de première accréditation (il s'agit des CDS n°15, 16 et 18). Cela peut être expliqué par le fait que ces CDS aient été impliqués initialement dans la démarche qualité JACIE en tant qu'infirmiers du service ou bien qu'ils ont pris la ré-accréditation comme référence pour le début de démarche. Les réponses ne permettent pas de trancher sur ces hypothèses.

17 encadrants déclarent ne pas avoir eu de formation pour la mise en place de ce programme qualité. Si l'on regarde les réponses données par ceux ayant eu une/des formation(s), nous pouvons voir qu'il ne s'agit pas de formations en tant que telles mais plus d'un accompagnement ou d'informations données : « *Information et réunions par la qualitiennne s'occupant du JACIE* » (n°16), « *compagnonnage* » (n°12), « *une rencontre avec un autre CHU accrédité* » (n°6). Un CDS ayant répondu non (n°5) a cependant eu une formation sur la gestion des risques, non spécifique à JACIE. La qualité de l'évaluation que le cadre sera en mesure de réaliser sera-t-elle optimale ? En effet, le contrôle des compétences des collaborateurs est optimum lorsque le cadre de santé adopte une position neutre d'évaluateur, position qui n'est pas innée.

Les réponses aux deux questions suivantes ont dû être croisées et retravaillées. En effet, il y avait une discordance entre les données fournies. Par exemple, la cadre n°1 ne coche pas « Membres de l'équipe paramédicale » à la question « Pouvez-vous préciser les membres de l'équipe projet ? ». Elle répond cependant « *Une personne référente pour le service qualité. Une personne paramédicale référente JACIE* » à la question « Pour le service qualité et les membres de l'équipe paramédicale, précisez combien de personnes et leur fonction ».

Voici les résultats à la question « Pouvez-vous préciser les membres de l'équipe projet ? »



Membres de l'équipe projet déclarés par les 20 CDS/FFCS

Ainsi, il y a toujours un médecin engagé dans le groupe projet : chef de service seul (2/20), médecin responsable d'unité seul (7/20) ou les deux (11/20).

Le service qualité est présent dans 13 cas sur 20. Pour 7 d'entre eux, il s'agit d'une personne tandis que pour 5/13, il s'agit d'une aide ou d'un temps partiel (20%). Seul un cadre déclare avoir eu deux personnes du service qualité (cadre n°3). Nous pouvons remarquer que pour ce service, il est question d'une accréditation initiale ce qui peut expliquer ce « renfort ». Cependant cela semble loin d'être une généralité puisque pour les trois autres centres avec une accréditation initiale, un a eu une personne de l'équipe qualité, quant aux deux autres, personne ou bien « *Un petit bout d'ingénieur...* ».

Il semblerait que dans 16 cas sur 20, il y ait plusieurs cadres impliqués dans la démarche. Ceci vient bien confirmer ce que j'avais un peu observé lors des appels téléphoniques avant le lancement de l'enquête. Cependant, comme je n'ai pas demandé plus de précisions concernant les cadres dans la question « Pour le service qualité et les membres de l'équipe paramédicale, précisez combien de personnes et leur fonction », il est difficile de savoir si les réponses ne prennent pas en compte le cadre lui-même. Les cadres ont pu cocher « Autres cadres de santé » alors qu'ils sont en réalité seuls. Le mot « Autre » n'a peut-être pas été pris en compte par les

CDS/FFCS répondants. La réponse du cadre n°4 est celle qui me fait poser cette question. En effet, il a coché « Autres cadres de santé » et pourtant il précise « *Seulement 1 médecin et 1 cadre de santé en charge de ce programme* ». Les cadres n°7, 12 et 15 par exemple, ont bien précisé ce qu'étaient « Autres cadres de santé », tandis que les cadres n°16 à 20 ne l'ont pas fait. Ces réponses sont donc difficilement exploitables.

Pour finir, abordons les membres de l'équipe paramédicale. 8 cadres indiquent que l'équipe a participé au groupe projet. Les cadres n°1, 5, 10 et 13 ne l'ont pas précisé cependant ils indiquent bien dans la question suivante que certains soignants ont fait partie de l'équipe projet. Le résultat final est donc de 12/20. Il y a au minimum dans chaque cas une infirmière : IDE référente « *des pratiques de soins* » (cadre n°8) ou de « *JACIE* » (n°10), IDE « *coordinatrice des greffes* » (n°5), voire plus (maximum à 3). Dans 5 cas sur 12, l'équipe projet comportait, au niveau paramédical, un ou des IDE et un AS (cadres n°2, 9, 15, 16 et 19). L'implication de l'équipe dans le projet est donc présente dans plus de la moitié des lieux accrédités.

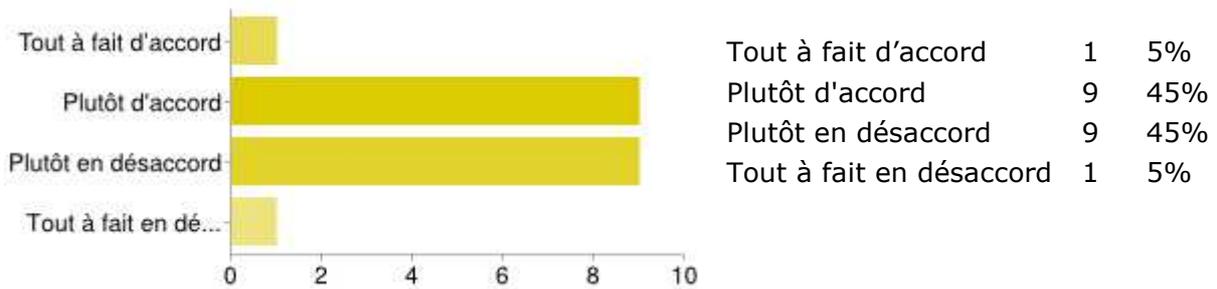
### **2.3.3 La perception de l'équipe au sujet de la démarche**

La question suivante va me permettre d'aborder la perception globale de l'équipe soignante quant à la démarche d'accréditation JACIE. Les avis donnés sont bien ceux des cadres de santé et non pas des soignants eux-mêmes puisqu'ils n'ont pas été interrogés dans cette enquête.

L'énoncé de la question était « Selon vous, la démarche d'accréditation JACIE a été perçue par l'équipe de l'unité comme: » et les items posés :

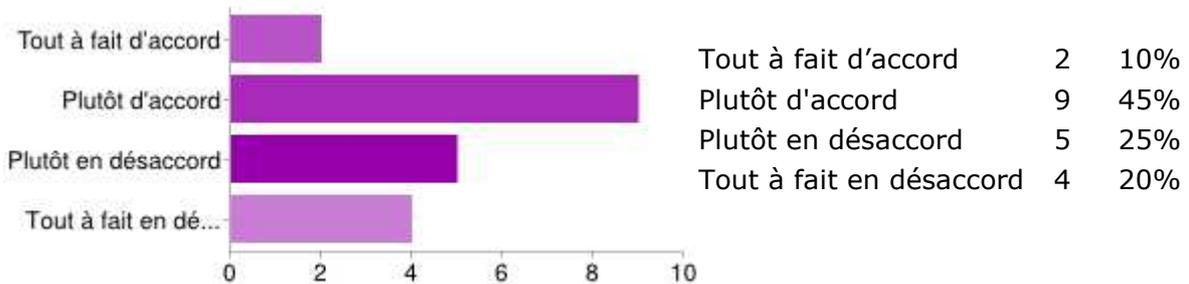
- Une surcharge de travail
- Une façon d'améliorer ses pratiques
- Une contrainte
- Une remise en question des façons de faire
- Une source de soins de qualité
- Un contrôle supplémentaire
- Une sécurisation supplémentaire
- Une manière de s'assurer de leurs compétences

Concernant l'item « une surcharge de travail », les avis sont très partagés comme l'en atteste le graphique suivant :



Avis des cadres donnés pour l'affirmation « Une surcharge de travail » concernant la perception de la démarche par l'équipe soignante

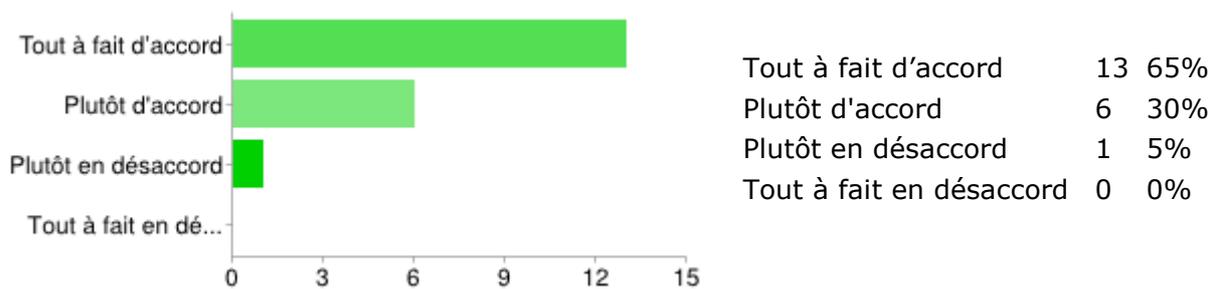
Ainsi, la moitié des cadres estiment que leur équipe perçoit la démarche JACIE comme une surcharge de travail. Pour l'item « une contrainte », les avis sont également partagés, comme cela est observable sur le graphique ci-dessous.



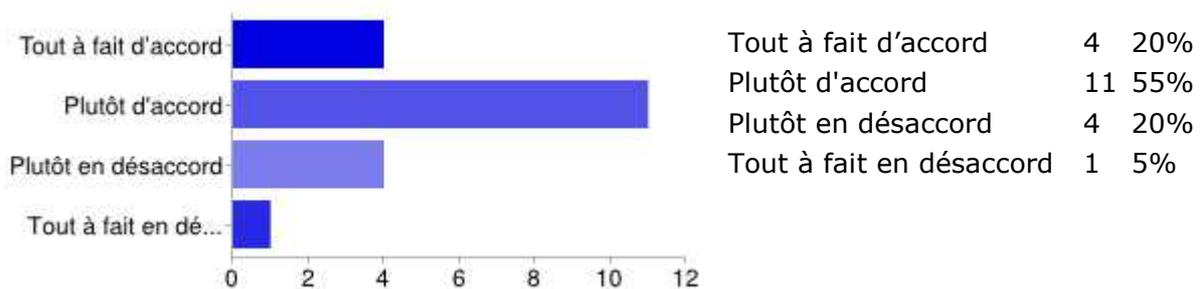
Avis des cadres donnés pour l'affirmation « Une contrainte » concernant la perception de la démarche par l'équipe soignante

Il semblerait donc que la moitié des équipes perçoit l'accréditation plutôt comme un poids, ce qui peut compromettre leur motivation et leur adhésion au projet comme j'ai pu l'évoquer précédemment dans le chapitre 5.1. Si l'on croise ces réponses avec la composition de l'équipe projet, nous pouvons voir que sur les 8 centres n'ayant pas de membres de l'équipe paramédicale dans cette équipe projet, 5 répondent que JACIE est perçue comme une surcharge de travail par l'équipe et 6 comme une contrainte. Nous sommes donc en droit de nous interroger sur l'impact de l'intégration effective de l'équipe soignante à ce type de projet dans la perception qu'elle pourra en avoir.

Concernant les items en lien avec le développement professionnel (« une façon d'améliorer ses pratiques », « une remise en question des façons de faire »), il semblerait que les 19/20 équipes soient « Tout à fait d'accord » (13) ou « Plutôt d'accord » (6) pour la première affirmation.



Avis des cadres donnés pour l'affirmation « Une façon d'améliorer ses pratiques » concernant la perception de la démarche par l'équipe soignante



Avis des cadres donnés pour l'affirmation « Une remise en question des façons de faire » concernant la perception de la démarche par l'équipe soignante

Comme nous pouvons le voir sur le graphique précédent, l'avis pour cette seconde affirmation est légèrement plus mitigé que celui émis précédemment. 4 cadres ont choisi « Plutôt en désaccord » et 1 « Tout à fait en désaccord ». Les équipes semblent donc être moins sensibles ou avoir moins conscience de la réflexivité, capacité à prendre de la distance vis-à-vis de ses pratiques et de ses ressources, apportée par la démarche JACIE.

Pour les propositions ayant trait au contrôle (« un contrôle supplémentaire », « une manière de s'assurer de leurs compétences »), il semblerait que les équipes pensent que la démarche JACIE en soit un outil. Il y a cependant une légère différence dans les réponses entre les deux items proposés, qui constituent selon moi deux niveaux de contrôle comme évoqués par Odile Thuilier et Michel Vial<sup>111</sup>. Le premier « un contrôle supplémentaire » (reflétant la logique de contrôle) a obtenu 2 « Plutôt en désaccord » et 3 « Tout à fait en désaccord » alors que « une manière de s'assurer de leurs compétences » (reflétant la logique formative), a eu 1 « Plutôt en désaccord » et 1 « Tout à fait en désaccord »<sup>112</sup>. Nous pouvons ici observer que les réponses des cadres de santé et la perception des équipes données par les cadres

<sup>111</sup> THUILIER Odile, VIAL Michel. *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. Editions Lamarre. 2003 : 21.

<sup>112</sup> Voir deuxième partie, chapitre 3.3, « L'évaluation à l'hôpital par le cadre de santé ».

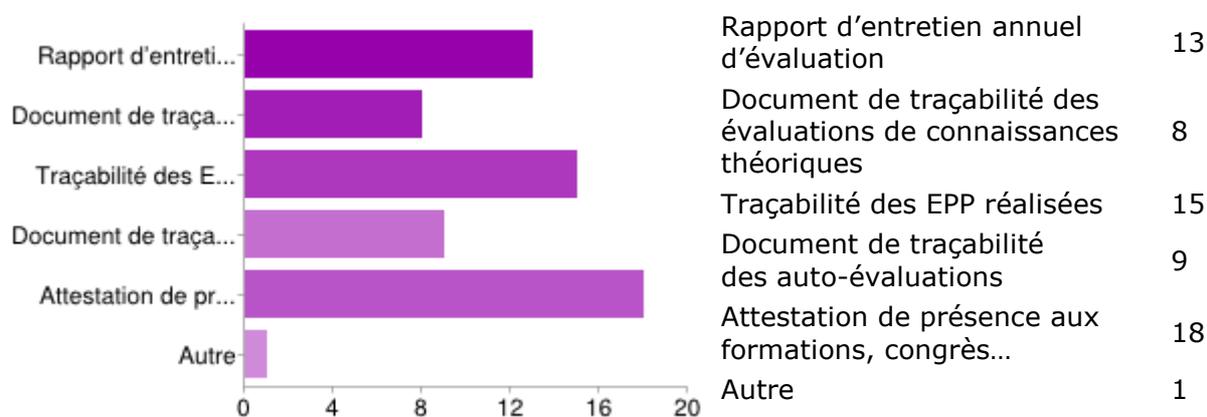
divergent. Les cadres associent en effet plus l'évaluation au développement professionnel (comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 2.2.2 de cette troisième partie, « L'évaluation : définition et outils ») alors que la perception des équipes serait plus de l'ordre du contrôle.

Pour celles relatives à la qualité et sécurité des soins (« une source de soins de qualité », « une sécurisation supplémentaire »), les avis sont ici assez unanimes. Il semblerait que les équipes soient en accord avec ces affirmations. La démarche JACIE s'intègre parfaitement dans la roue de la qualité de Deming, en mesurant la qualité de la pratique et en évaluant les résultats des soins, comme nous allons le voir dans la partie suivante.

## 2.4 Les compétences JACIE

### 2.4.1 Leur justification

Il est en effet demandé dans le référentiel JACIE, de pouvoir justifier des compétences des différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patients. Les cadres interrogés utilisent pour cela différents éléments figurés dans le graphique suivant.



#### Moyens utilisés par les CDS/FFCS afin de justifier les compétences des membres de l'équipe paramédicale

Sont tout d'abord citées les attestations de présence (18) puis viennent les traçabilités des EPP réalisées (15) et les rapports d'entretien annuel d'évaluation (13). Nous pouvons remarquer que le cadre n°1 qui utilise les EPP comme moyen d'évaluation des compétences des membres de l'équipe soignante, ne retient cependant pas la traçabilité de ces EPP comme moyen de justification. Les documents

de traçabilité des auto-évaluations et des évaluations de connaissances théoriques viennent ensuite, avec respectivement, 9 et 8 sélections.

L'ordre des documents utilisés pour la justification des compétences est identique à celui des moyens que les cadres déclarent utiliser pour évaluer les compétences des membres de l'équipe<sup>113</sup>.

Cette justification des compétences concerne dans 16 cas les IDE et les AS, et dans 4 cas uniquement les IDE. 7 cadres ont répondu « Autre ». Ainsi 3 CDS (n°2, 7 et 16) réalisent également cette justification pour les Agents de Services Hospitaliers (ASH). 2 le font pour eux-mêmes (n°5 et 12) et 1 pour le/la psychologue (n°5). Les réponses « Autre » des cadres n°4 et 8 ne sont pas prises en compte car le premier a indiqué « *puéricultrices* » que j'intègre dans « Les infirmières » (qu'il a coché) et le second parle de « médecins » alors que la question se référait à l'équipe paramédicale.

#### 2.4.2 Leur maintien

Pour maintenir ces compétences, les cadres utilisent dans 19 cas, la formation continue et dans 15 cas (14 coché plus 1 « autre » qui est en réalité de l'EPP), l'évaluation des pratiques professionnelles. Pour rappel, les types d'EPP utilisés par les cadres ont été abordés précédemment, dans le sous-chapitre 2.2.2 « L'évaluation : définition et outils ». Le cadre n°12 utilise l'EPP comme outil d'évaluation mais pas comme outil de maintien de compétences.

En ce qui concerne les formes de formation continue utilisées, les trois types proposés sont utilisés de manière quasiment équivalente (sans autre item supplémentaire proposé par les cadres) :

- La formation interne institutionnelle : 16/20
- La participation à des congrès : 17/20
- La formation interne au service : 19/20 (légère prédominance de cette proposition du fait probablement de l'hyperspécialisation de ces services).

Pour les congrès, ils sont en lien avec l'hématologie et la greffe. Les plus cités sont les congrès de l'EBMT<sup>114</sup>, de la SFH<sup>115</sup> et de l'AFITCH<sup>116</sup>. Pour la formation institutionnelle, il s'agit essentiellement de formations généralistes, communes à tous les services de l'hôpital. Nous avons par exemple comme thèmes : hygiène/risque infectieux, douleur, soins palliatifs, relation d'aide/relation soignant-soigné, voies veineuses centrales/extravasation. Finalement pour la formation interne au service,

---

<sup>113</sup> Voir troisième partie, chapitre 2.2.2 « L'évaluation : définition et outils ».

<sup>114</sup> European Group for Blood and Marrow Transplantation.

<sup>115</sup> Société Française d'Hématologie.

<sup>116</sup> Association Française des Infirmier(e)s de Thérapie Cellulaire Hématologie Oncologie et Radiothérapie.

elle concerne les spécificités de l'unité : cours sur les pathologies (le plus cité) et sur les traitements essentiellement.

La cadre n°9 fait la remarque suivante : « *Il faut toujours que les formations aient un lien direct avec le service dans lequel nous travaillons. C'est difficile de pouvoir ouvrir son champ d'action de manière plus large* ». Je souhaite revenir sur ce commentaire car, en effet, je pense que le risque de ces services est de se refermer sur leur hyperspécialisation. Cela n'est pas spécifique à JACIE mais aux services très pointus dans une prise en charge donnée (par exemple, les services de dialyse, de diabétologie...). Il est bien évidemment important et indispensable de former les professionnels aux soins et pathologies auxquels ils auront à faire face. Mais il me semble également primordial de cultiver une ouverture vers l'extérieur. Ceci contribue à l'enrichissement et au développement des professionnels, leur apportant de nouvelles ressources, qu'ils pourront alors mettre en œuvre afin de parfaire leurs compétences.

La démarche JACIE associe ainsi la formation continue, formation « *en cours de vie active* » et l'expérience professionnelle, formation « *par la vie active* », deux outils de pérennisation des compétences évoqués par Claude Levy-Leboyer<sup>117</sup>.

Il est de plus demandé dans le manuel d'accréditation JACIE de tracer l'évaluation des compétences des professionnels. L'accréditation étant renouvelée tous les quatre ans, avec une visite intermédiaire à deux ans, elle implique une démarche récurrente d'évaluation. En effet, il faut montrer, lors de la visite des inspecteurs, que la démarche est vivante, régulière et non pas uniquement réalisée à un instant T. Ainsi, la démarche JACIE, nécessitant une évaluation active et continue, rendrait pérennes les compétences, qui, nous l'avons vu, ne sont pas acquises de manière définitive mais doivent être régulièrement complétées, réajustées. C'est cette idée que je vous propose maintenant de confronter aux réponses données par les CDS/FFCS interrogés.

## **2.5 La pérennisation des compétences**

Je souhaite ici appréhender les connaissances des cadres au sujet du développement professionnel continu (DPC) et recueillir leur avis sur la possible intégration de la démarche JACIE dans le DPC.

---

<sup>117</sup> Voir deuxième partie, chapitre 2.2, « Les outils de la pérennisation en institution ».

### 2.5.1 Le DPC par les cadres interrogés

16 cadres disent savoir en quoi consiste le DPC. Les définitions abordant, de manière conjointe, les 3 items clés (obligatoire, formation continue et EPP) ne sont données que par 5 cadres (n°2, 4, 5, 8 et 20). Le caractère obligatoire est cité 2 fois de plus. 3 cadres supplémentaires font référence à l'association EPP/formation continue. Sont ensuite cités de manière beaucoup moins fréquente l'amélioration de la sécurité et qualité des soins (3), formation continue seule (2), formation seule (2).

Les cadres n°9 et 17 ont dit connaître le DPC. Cependant après analyse de leur réponse, je pense pouvoir dire que ce n'est pas le cas. Le cadre n°9 parle d'« *évolution d'un professionnel dans le temps* » et le n°17 de « *Responsabiliser les agents* ». Ces deux réponses ne sont certes pas fausses mais elles sont toutefois insuffisantes et très éloignées de ce que l'on peut attendre comme réponse pour le DPC, si l'on se réfère à la définition donnée par la loi HPST. Quant à la cadre n°11 qui dit ne pas connaître la terminologie, elle évoque cependant des « *formations théoriques mais aussi pratiques* », « *l'accompagnement du professionnel* » ainsi qu'un « *parcours professionnalisant* », ce qui s'apparente beaucoup à une définition du DPC (sans évocation du caractère obligatoire cependant).

Au final, 15 cadres ont des notions plus ou moins précises et assez justes concernant le DPC. Parmi eux, 10 ont fait le lien avec les compétences sans évoquer toutefois leur maintien ou leur pérennisation, ce qui reflète bien l'état actuel des sources théoriques qui évoquent le développement des compétences et très peu, voire pas du tout leur maintien ou leur pérennisation.

J'ai ensuite tenté de recueillir l'avis de l'échantillon questionné sur plusieurs affirmations en lien avec le DPC. En voici les résultats.

Pour les questions concernant le contenu du DPC, les CDS/FFCS ont répondu :

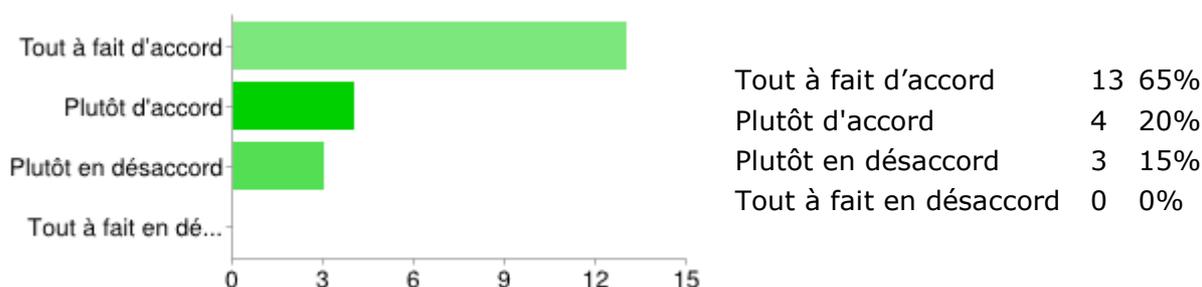
- « Il comporte de l'EPP » : « Tout à fait d'accord » (10) ou « Plutôt d'accord » (10),
- « Il comporte de la formation continue » : « Tout à fait d'accord » (15) ou « Plutôt d'accord » (4), « Plutôt en désaccord » (1)

Ceci est conforme avec les réponses apportées à la question concernant la définition du DPC comme analysé ci-dessus.

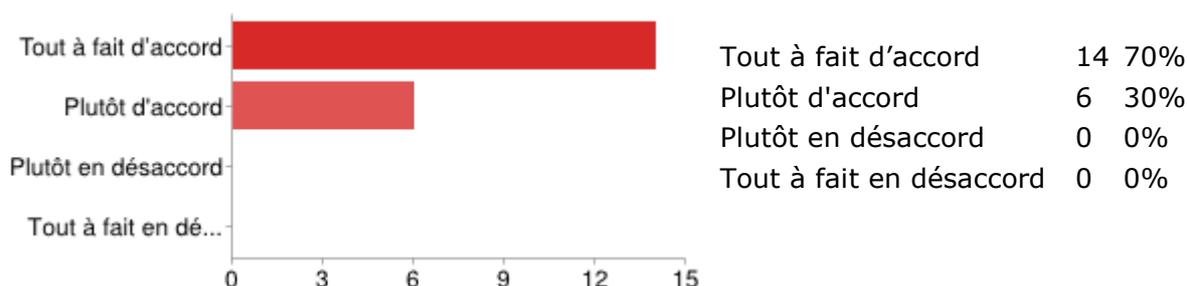
Pour celles relatives à l'apport du DPC, les réponses ont été :

- « Il améliore le travail en équipe » : « Tout à fait d'accord » (10) ou « Plutôt d'accord » (9), « Plutôt en désaccord » (1)
- « Il ne sert à rien » : « Plutôt en désaccord » (4), « Tout à fait en désaccord » (16).

Ainsi même si la lourdeur du dispositif a pu être évoquée à deux reprises dans la question précédente (par le cadre n°6, « *dispositif lourd* » et par le cadre n°17 « *je pense que l'on n'a pas les moyens de cette belle ambition* »), il n'en demeure pas moins que les cadres estiment que le DPC est utile, entre autres en favorisant le travail d'équipe mais également en ce qui concerne le maintien et le développement des compétences comme le montrent les réponses suivantes.



Réponses des CDS/FFCS interrogés relatives à l'affirmation « C'est un outil de pérennisation des compétences » au sujet du DPC



Réponses des CDS/FFCS interrogés relatives à l'affirmation « Il permet de maintenir les compétences » au sujet du DPC

Seuls trois cadres sont plutôt en désaccord avec l'une de ces deux affirmations, pourtant identiques. Il s'agit en effet d'une même question formulée différemment et pourtant les réponses divergent. Est-ce l'emploi du terme « pérennisation » qui, là encore, du fait de son rare usage dans le langage courant, crée cette différence de réponse ? De plus, en regardant l'ensemble de leur questionnaire, je n'ai pas trouvé de points communs entre eux, pouvant peut-être expliquer cet avis (par exemple ancienneté, FFCS, accréditation initiale...).

La question ensuite posée est celle de la possible intégration de la démarche JACIE au DPC.

## 2.5.2 Démarche JACIE et DPC ?

18 cadres pensent que la démarche JACIE peut être intégrée dans le DPC (les cadres n°13 et 19 ont répondu non). L'analyse de leurs réponses, dont les éléments significatifs ont été repris dans le tableau ci-dessous, fait ressortir deux grandes raisons de l'intégration du programme JACIE au DPC, qui sont des objectifs communs, à savoir :

- Le premier centré sur le patient : la qualité et la sécurité des soins
- Le second centré sur le professionnel : le développement, maintien et contrôle des compétences.

Raisons	N° du cadre	Réponses données
<b>Qualité et sécurité des soins</b>	2	La démarche JACIE a le même objectif que le DPC. (...) améliorer la qualité et la sécurité des soins
	3	JACIE peut être un outil au service du DPC avec comme objectif la qualité et la sécurité des soins
	4	Système qualité permettant d'assurer la sécurité des patients. (...) harmoniser les pratiques et de les améliorer
	5	Recherche d'amélioration des pratiques et PEC
	6	JACIE est une professionnalisation
	10	Améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge
	11	Moyen d'améliorer la qualité et sécurité des soins
	15	Même but : amélioration et sécurisation des pratiques
	18	Démarche d'amélioration et de développement par la qualité. La finalité est la même
20	Garantit et fait évoluer la qualité des pratiques	
<b>Développement, maintien et contrôle des compétences</b>	1	La démarche qualité/certification JACIE s'intègre dans un processus de développement professionnel continu
	5	Contribue au développement des compétences
	6	Le programme permet et oblige la formation du personnel
	7	Développement des compétences spécifiques
	8	Basée sur les compétences des soignants avec la nécessité d'une formation continue et de réalisation d'EPP
	12	Formation continue, permet d'actualiser ses connaissances
	14	Formation continue
16	Jacie demande la formation continue des agents et leur développement professionnel	

Raisons	N° du cadre	Réponses données (suite)
<b>Développement, maintien et contrôle des compétences</b>	17	Gain en compétences
	20	Permet à l'équipe de maintenir ses compétences mais également dans acquérir de nouvelles

Extraits des raisons fournies par les cadres justifiant l'intégration de la démarche JACIE dans le Développement Professionnel Continu

Sur ces 18 cadres, 3 évoquent ces deux raisons (n°5, 6, 20), les autres l'une ou l'autre. Ainsi, même si les notions détenues par les cadres concernant le DPC sont justes mais parfois un peu superficielles, il n'en demeure pas moins que les objectifs communs ont bien été mis en évidence.

Le cadre n°2 aborde de plus, et de manière très juste et pertinente, la particularité du DPC, démarche obligatoire et itérative annuellement, à la différence de l'accréditation JACIE, pour lequel la visite s'effectue tous les 4 ans avec une visite intermédiaire (« l'accréditation JACIE n'a pas lieu tous les ans »). Il précise toutefois la nécessité du travail en continu (« le travail des groupes lui est en continu »), auquel je rajouterai l'évaluation continue des professionnels. Cette précision n'est guère surprenante car nous avons vu précédemment que le cadre n°2 avait une connaissance très fine du DPC.

Pour finir, je ne suis pas arrivée à analyser la réponse du cadre n°9 : « *Oui car c'est un regroupement de connaissances mais aussi d'expériences de chacun qui font la qualité de la démarche Jacie* ». Ne voulant pas faire d'hypothèses hasardeuses sur ce que cette personne a voulu dire, je me suis donc abstenue. Pour rappel, nous avons pu voir que la définition donnée par ce cadre du DPC était erronée, ce qui pourrait expliquer que cette réponse soit difficilement exploitable.

Nous avons vu que les cadres ont des notions de la définition du DPC et estiment que l'accréditation JACIE peut y être intégrée. En effet, cette démarche comprend effectivement le management des compétences avec une évaluation régulière du personnel et un plan de formation. Il me semble maintenant judicieux de compléter cette analyse par l'étude des questions relatives à la démarche JACIE, du point de vue des avantages, des inconvénients et des leviers qui vont pouvoir la favoriser. La présentation des résultats se fera donc en trois temps.

## 2.6 La démarche JACIE : avantages, limites et leviers

### 2.6.1 Les bénéfiques de la démarche JACIE

J'ai fait le choix d'aborder les avantages de l'accréditation par rapport à trois catégories de personnes (l'institution, le professionnel et le patient) et ce en lien avec le cadre conceptuel développé en deuxième partie de ce document.

Plusieurs items ont été proposés concernant les bénéfiques de la démarche JACIE pour l'institution et les résultats<sup>118</sup> sont présentés dans le tableau suivant.

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Apport de soins de qualité et sécurisés	17	2	1	
Développement de la performance	14	3	3	
Polyvalence (capacité à occuper plusieurs postes de travail)	2	6	11	1
Employabilité (capacité à être affecté à un nouvel emploi)	2	13	4	1

#### Réponses recueillies auprès des cadres concernant les bénéfiques de la démarche JACIE pour l'institution

Les deux premiers items ont recueilli majoritairement l'accord des cadres interrogés. Le premier bénéfice de ce type de démarche est bien l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins apportés aux patients. Concernant l'employabilité, les cadres sont également d'accord avec cette affirmation. Il s'agit pour les professionnels du service d'avoir la capacité de s'adapter à l'évolution du poste voire même la capacité à le faire évoluer. L'Organisation internationale du travail (OIT) en donne la définition suivante : « *l'aptitude de chacun à trouver et conserver un emploi, à progresser au travail et à s'adapter au changement tout au long de la vie professionnelle* »<sup>119</sup>. Ceci permet de répondre aux nouvelles exigences entraînées par les évolutions fréquentes du référentiel d'accréditation JACIE au gré de ses différentes versions.

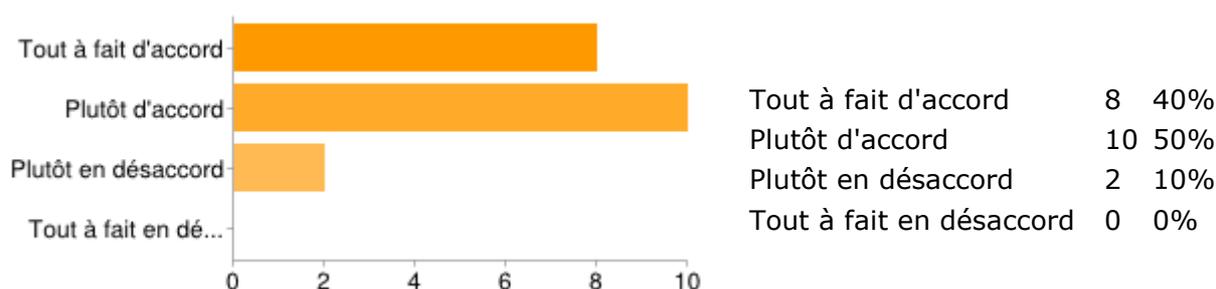
<sup>118</sup> Pour plus de détails, se référer aux annexes 11 et 12.

<sup>119</sup> Organisation Internationale du Travail. *Rapport de la Commission de mise en valeur des ressources humaines*. In : OIT, juin 2000. Disponible sur <<http://www.ilo.org/public/french/standards/relm/ilc/ilc88/com-humd.htm>> (consulté le 12 avril 2013).

Le développement de la polyvalence, par contre, ne semble pas, pour la majorité des cadres, être favorisé par ce type de démarche. Ces encadrants exercent dans un service hyperspécialisé. La demande d'une adaptation permanente des soignants, de manière plus globale, y est probablement moins prégnante que dans notre société qui, elle, actuellement, ne recherche ni ne valorise plus autant l'hyperspécialisation, modifiant les pratiques managériales et les critères de recrutement. Il est désormais question de chercher un spécialiste de son domaine qui soit également capable d'intervenir sur d'autres, en cas de besoin. Ce qui n'est pas encore demandé dans ce type d'unité, mais est cependant, en train de se mettre en place, il me semble, avec la création des pôles. Les équipes sont en effet de plus en plus sollicitées pour exercer dans plusieurs unités qui ne sont pas forcément issues des mêmes spécialités.

Pour le professionnel, les propositions « Amélioration de la satisfaction au travail par la sensation du travail bien fait » et « Reconnaissance extérieure d'un travail de qualité » ont une répartition des réponses quasiment identique. Seul un cadre (n°19) est « Tout à fait en désaccord » avec la première affirmation. La globalité de ces réponses nous montre bien l'importance de la valorisation du professionnel, de la satisfaction personnelle mais également de la rétribution externe évoquée par Christophe Dejourns<sup>120</sup>, indispensable à l'existence des compétences.

Les réponses pour l'item « Développement des capacités d'adaptation et d'initiative » ont été les suivantes :



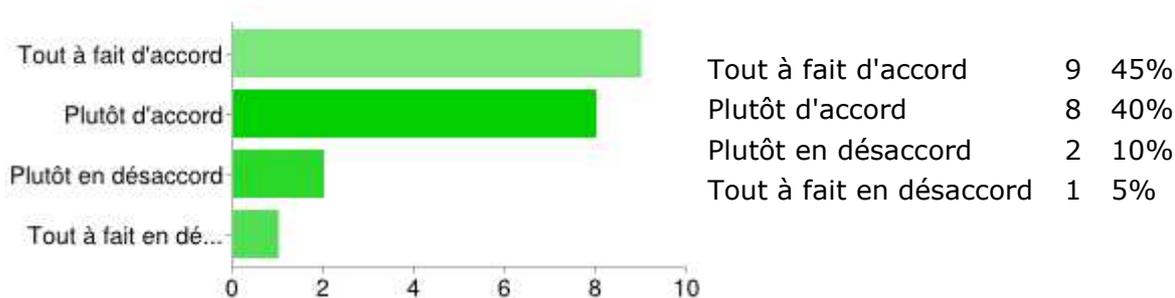
*Avis des CDS/FFCS recueillis, concernant l'affirmation « la démarche JACIE permet le développement, chez le professionnel, des capacités d'adaptation et d'initiative »*

Ainsi, en permettant ce développement, il semblerait bien que la démarche JACIE soit un moyen de développer les compétences, puisque nous l'avons vu, dans

<sup>120</sup> DEJOURS Christophe. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Editions INRA, 2003 : 51.

l'approche sociologique de Philippe Zarifian<sup>121</sup>, la compétence consiste en la capacité pour un individu, lors de l'exercice de sa profession, de prendre des initiatives. Guy Le Boterf parle également du « savoir agir »<sup>122</sup> dans sa définition de la compétence. Il s'agit d'utiliser et d'associer des ressources adaptées et entre autre de faire preuve de faculté d'adaptation.

La motivation, appartenant au « vouloir agir », l'un des autres facteurs décrits par Guy Le Boterf (et qui sont à combiner entre eux pour parvenir à la compétence), est également apportée par la démarche JACIE si l'on se réfère aux réponses suivantes.



*Avis des CDS/FFCS recueillis, concernant l'affirmation « la démarche JACIE entraîne, chez le professionnel, une motivation accrue »*

Nous l'avons vu, cette motivation peut être personnelle (favorisée par la sensation du « travail bien fait »), propre à l'individu mais également institutionnelle par l'incitation de la structure employeur, ce qui est ici le cas avec la démarche d'accréditation.

Les cadres n°1 et 19 pour ces deux derniers items sont plutôt en désaccord. Ce sont tous les deux des FFCS en poste depuis 1 à 2 ans. On peut supposer que la prise de poste récente ne leur a pas permis une prise de recul suffisante afin d'analyser la susceptible augmentation de motivation en lien avec la démarche.

Le cadre n°11 est quant à lui « tout à fait en désaccord » avec l'affirmation concernant la motivation, pour laquelle je n'ai pas trouvé de raisons lors de l'exploitation des résultats.

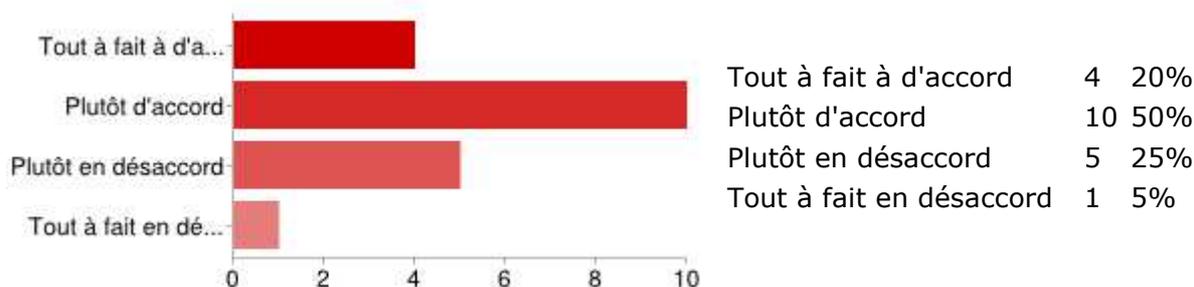
Nous allons maintenant aborder les bénéfices pour le patient. La démarche est « source de soins de qualité » et majore le « sentiment de sécurité par l'uniformisation des pratiques » pour l'ensemble des cadres. Les réponses données pour « Tout à fait

<sup>121</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.1.2, « Un processus qui se déploie dans la pratique de travail ».

<sup>122</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.1.1, « Un savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir ».

d'accord » sont systématiquement supérieures ou égales à 15. Qualité et sécurité étant favorisées, le sentiment de confiance du patient s'en trouve lui-même augmenté (11 « Tout à fait d'accord », 7 « Plutôt d'accord »). 2 cadres estiment que la démarche ne confère pas plus de confiance de la part du patient.

Concernant l'adhésion aux traitements, les avis sont plus mitigés.



Avis des CDS/FFCS recueillis, concernant l'affirmation « la démarche JACIE entraîne, chez le professionnel, une motivation accrue »

Je ne peux donc pas émettre l'hypothèse que la démarche JACIE favorise l'adhésion aux traitements par le biais d'une plus grande confiance, sécurité et qualité des soins. Il s'agit d'un a priori de ma part, que les réponses données par les CDS/FFCS viennent infirmer.

Après avoir vu les bénéfices d'un tel programme, je vais maintenant aborder les inconvénients de la démarche JACIE évoqués par les CDS/FFCS interrogés.

### 2.6.2 Les limites de la démarche JACIE

Plusieurs inconvénients, freins ont été mis en évidence par les cadres. Afin de pouvoir analyser cette question ouverte, j'ai regroupé les réponses sous plusieurs grands thèmes que je développerai progressivement. Ils concernent l'équipe/l'encadrement, l'institution et finalement les inspecteurs du programme. Sur les 20 CDS/FFCS ayant accepté de participer à cette enquête, 19 ont répondu à cette question, le cadre n°3 n'ayant pas souhaité donner son avis.

J'aborde tout d'abord les éléments concernant l'équipe/l'encadrement. Les thèmes récurrents sont : la lourdeur/la complexité de la démarche, le manque de lien/sens avec la pratique et l'investissement en temps/en motivation.

#### Lourdeur/complexité

Elle concerne le programme en lui-même, la nécessité de le réaliser en continu, ses contraintes, ses critères, les recommandations du manuel d'accréditation...

Ci-dessous, les éléments cités par les cadres ayant cette thématique.

N° du cadre	Réponses données
1	Lourdeur des recommandations et des critères à respecter
2	Travail supplémentaire
4	Travail continu, parfois décourageant
5	Vivre cette démarche comme une contrainte, les actions non réalisées et/ou non suivies
6	La lourdeur
8	Beaucoup (...) de moyens
10	La complexité de la démarche
11	La lourdeur dans la mise en place, mise à jour en temps réel
12	Manque de cohérence entre les contraintes de cette démarche et les moyens alloués
13	Démarche qui nécessite de la coordination,
17	Lourdeur du travail à effectuer
19	La surcharge de travail lié à l'instauration, puis à la traçabilité
20	La lourdeur du maintien de cette démarche active

*Extraits des réponses données par les cadres à la question « Quels sont, selon vous, les inconvénients, défauts de cette démarche ? » et ayant pour thème la lourdeur/complexité*

Nous pouvons ainsi voir que 13 cadres ont cité des éléments en lien avec la complexité, la lourdeur de ce type de démarche. Il s'agit donc, pour le cadre, de tenter de faire ressentir cette démarche comme un outil de développement professionnel et personnel et non pas comme une surcharge de travail. Le maintien de ce type de démarche nécessite l'évaluation des compétences des membres de l'équipe afin de s'assurer de leur pérennisation sur du long terme. Cette évaluation, comprenant entre autres de l'EPP, est donc à réaliser de manière régulière, continue. Le maintien de cette démarche est donc parallèle à et indissociable de celui des compétences des collaborateurs.

#### Lien avec la pratique

Un autre thème évoqué relatif aux équipes est celui du manque de lien avec la pratique des professionnels. Ainsi certains critères du référentiel JACIE peuvent paraître à mille lieux de ce qui est fait dans les unités. Le langage utilisé dans le

manuel peut également paraître très rédhibitoire, n'étant pas le plus souvent pratico-pratique, ce que pourtant recherchent et demandent les équipes soignantes. Ce décalage entre la théorie et la pratique peut donc être un inconvénient de la démarche JACIE. Il s'agira alors pour le cadre de santé de rendre les demandes du référentiel compatibles avec la pratique et compréhensibles pour les équipes.

Ce lien avec la pratique est également évoqué sous un autre aspect, qui est celui de la communication des résultats faite aux équipes. Ceci me permet d'insister sur la nécessité d'effectuer un retour de toute évaluation aux évalués ; ce dernier n'étant cependant pas suffisant. En effet, il est important de pouvoir évoquer ces résultats et d'y réfléchir, de les analyser et de les comprendre. Ce retour fait aux équipes permet alors de prévoir des axes d'amélioration.

Les réponses sont synthétisées dans le tableau suivant.

N° du cadre	Réponses données
4	Aide méthodologique (...) permettant d'adapter cette démarche à la pratique courante
5	Le manque de sens (...) peut être un frein pour les soignants Les difficultés liées au manque de communication (importance des retours aux équipes)
13	Certains critères présentent peu d'intérêt

*Extraits des réponses données par les cadres à la question « Quels sont, selon vous, les inconvénients, défauts de cette démarche ? » et ayant pour thème le lien avec la pratique*

#### Investissement

L'investissement de l'équipe, dernier thème évoqué, qu'il soit mesuré en termes de temps passé à cette démarche ou bien en termes de motivation, est également un élément fréquemment évoqué. Il apparaît ainsi 9 fois en ce qui concerne le temps et 6 fois pour la motivation. Ce programme est donc très demandeur de temps et nécessite de plus, l'implication, la motivation des professionnels pour pouvoir exister au quotidien dans les unités de soins concernées, comme nous allons pouvoir le voir dans le chapitre suivant, les leviers favorisant la démarche JACIE.

Les réponses sont présentées dans le tableau ci-après.

Investissement en	N° du cadre	Réponses données
<b>Temps</b>	1	Surcharge de travail
	2	L'équipe revient sur le temps personnel
	7	Chronophage
	8	Demande beaucoup de temps
	9	Manque de temps. De chacun.
	13	Charge de travail importante
	16	Temps nécessaire
	18	Le temps est un inconvénient majeur
	19	La surcharge pour l'agent qui va aller en formation, souvent sur ses jours de repos
<b>Motivation</b>	1	Investissement important pour les professionnels
	4	Cette démarche n'est que profitable pour les soignants et les personnes impliquées
	7	Implication modérée de certains membres
	15	Implication importante du CDS afin d'être moteur
	17	Médecin et le cadre (...) portent beaucoup le projet
	19	Si l'agent ne souhaite pas participer

*Extraits des réponses données par les cadres à la question « Quels sont, selon vous, les inconvénients, défauts de cette démarche ? » et ayant pour thème l'investissement*

Nous allons maintenant aborder les éléments en lien avec l'institution. Deux idées majeures peuvent ainsi être mises en évidence :

- La non-conformité avec la politique ou avec les procédures de l'établissement : les « critères à respecter ne s'inscrivent pas forcément dans la politique d'établissement » (n°1), « conflit parfois avec les procédures internes » (n°6),
- Le manque de soutien institutionnel : « peu d'aide de l'institution » (n°6), « moyens pas toujours fourni par l'institution » (n°8), « manque de cohérence (...) les moyens alloués » (n°12), « très peu de soutien de l'administration, ni du cadre supérieur » (n°17).

Les freins institutionnels à cette démarche existent et ont été abordés par les CDS/FFCS. Des protocoles institutionnels sont ainsi nécessaires, puisqu'ils permettent de maîtriser les actes les plus adaptés à la situation de travail. Mais il est également important d'autoriser le développement des capacités d'adaptation, ici à un référentiel

extérieur. Nous serions alors bien dans une institution, qualifiée par Philippe Zarifian d'« *organisation qualifiante* »<sup>123</sup>.

Concernant les inspecteurs JACIE, un seul cadre (n°14) signale le manque « *de présence des auditeurs pour vivre la réalité au quotidien* ». Je pense pouvoir rapprocher cette réponse de l'item lourdeur/complexité puisque cette réponse sous-entend que le vécu réel des soignants, souvent très lourd n'est pas vu par les auditeurs.

Nous avons pu voir quels étaient les avantages et les inconvénients de cette démarche. Il est maintenant nécessaire de s'interroger sur ses leviers/facteurs favorisant tant du point de vue du professionnel, du cadre de santé en charge de l'unité, que du point de vue institutionnel.

### 2.6.3 Les leviers favorisant la démarche JACIE

Nous allons tout d'abord nous intéresser aux leviers intrinsèques au collaborateur

#### De la part du professionnel

Voici présentées les réponses des cadres de santé interrogés.

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Acceptation de la remise en question	12	8		
Reconnaissance externe par ses pairs ou ses supérieurs	10	8	2	
La motivation	14	6		
L'implication	14	6		
La cohésion d'équipe	11	8	1	

Réponses recueillies auprès des cadres concernant des propositions de leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche de la part du professionnel

<sup>123</sup> Voir deuxième partie, chapitre 5.2, « De la part de l'institution ».

Pour les items « Implication » et « Motivation », les réponses ont été identiques : 14 « Tout à fait d'accord », 6 « Plutôt d'accord ». Nous avons pu voir dans le sous-chapitre précédent que ces deux éléments, s'ils sont absents, sont alors un réel désavantage pour la démarche. Ce qui est à nouveau confirmé par les réponses ici fournies par les cadres.

La remise en question par le professionnel semble également un moteur pour la démarche JACIE. 12 cadres sont « Tout à fait d'accord », 8 « Plutôt d'accord ». Ce questionnement de soi est bien le prérequis à la prise de distance de l'individu vis-à-vis de ses pratiques et de ses ressources afin de mieux comprendre les situations et ainsi mettre en œuvre sa réflexivité, « troisième dimension de la compétence »<sup>124</sup> évoquée par Guy Le Boterf.

Autre levier avec lequel les cadres interrogés sont en accord (19), celui de la cohésion d'équipe. La démarche JACIE est une démarche d'équipe, nécessitant une participation active de tous ses membres, afin qu'ils puissent s'approprier les outils élaborés et mis en place par leurs soins.

La reconnaissance externe par ses pairs ou ses supérieurs peut également jouer un rôle mais qui semble être moins marqué si l'on se réfère aux réponses fournies par les cadres.

De la part du cadre de santé

5 items étaient également proposés. J'ai rassemblé dans un tableau l'ensemble des réponses fournies pour ces propositions.

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Instauration d'une relation de confiance	13	7		
Proposition de cette démarche comme source de construction professionnelle	15	5		
Position neutre de l'évaluateur	11	8	1	
Animation, communication	15	5		
Favoriser la réflexion sur l'expérience professionnelle	16	4		

Réponses recueillies auprès des cadres concernant des propositions de leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche de la part du cadre de santé

<sup>124</sup> LE BOTERF Guy. Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences. Edition d'Organisation, 2006 : 130.

Comme nous pouvons le voir, les cadres sont en accord avec les phrases proposées. Ainsi la mise en place d'une démarche similaire à JACIE est favorisée par un certain nombre d'actions, un certain type de management de la part du cadre de santé. Il est donc question de présenter la démarche et l'évaluation qu'elle contient (EPP et formation continue), sous un aspect de développement/construction professionnels et personnels. Il ne s'agit pas de juger, de mettre une note, mais bien de créer un climat de confiance où le personnel s'autorisera sans crainte à s'évaluer, se remettre en question, à réfléchir sur ses pratiques. Il est important pour cela que le cadre soit attentif à son mode de communication pour accompagner au mieux les professionnels dans cette démarche non sans risques.

La position de neutralité de l'évaluateur quant à elle, a recueilli légèrement moins de suffrages « Tout à fait d'accord ». Les cadres interrogés semblent donc accorder moins d'importance à cet item. Ils n'ont peut-être pas conscience que cette position de neutralité est nécessaire à un contrôle des compétences<sup>125</sup> de qualité. Cependant, nous l'avons vu, aucun d'entre eux n'a réellement eu de formation sur l'évaluation, ni sur la démarche. Il s'agit donc le plus souvent d'un apprentissage « sur le tas ».

#### *De la part de l'institution*

Le professionnel et le cadre de santé exercent au sein d'une institution qui, nous avons pu le voir à la question posée sur les freins à ce type de démarche, peut imposer des politiques de soins, des procédures internes en contradiction avec le référentiel. Il est donc normal de s'interroger sur les leviers potentiels de la part de l'institution. Les réponses obtenues ont été les suivantes.

---

<sup>125</sup> Voir deuxième partie, chapitre 5.2, « De la part du cadre de santé ».

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Politique d'EPP affirmée	14	6		
Autonomie des professionnels	6	10	4	
Formation continue effective	8	8	4	
Souplesse afin de développer les capacités d'adaptation des professionnels	4	12	4	
Développement des compétences en prenant appui sur l'exercice réel du travail	9	10	1	

Réponses recueillies auprès des CDS/FFCS concernant des propositions de leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche de la part de l'institution

Les avis sont beaucoup plus partagés concernant cette partie. L'item concernant les EPP obtient 14 « Tout à fait d'accord » et 6 « Plutôt d'accord » (c'est la seule proposition qui n'a pas de « Plutôt en désaccord »). Les EPP sont rendues obligatoires par la certification et par le DPC, il semble donc normal que les institutions s'y intéressent de manière poussée.

Les réponses aux autres propositions sont quant à elles moins unanimes. La majorité se situe dans les cases « Plutôt d'accord ». Ainsi les items « Autonomie des professionnels » et « Souplesse afin de développer les capacités d'adaptation des professionnels », caractéristiques de ce qu'est une « *organisation qualifiante* », définie par Philippe Zarifian<sup>126</sup>, ont recueilli respectivement 10 et 12 « Plutôt d'accord ». L'autonomie est donc nécessaire afin de laisser place aux capacités d'adaptation des professionnels, qui pourront alors mettre en œuvre, développer et maintenir leurs compétences. Elle permet également d'autoriser le personnel à avoir une attitude critique et d'analyse vis-à-vis de lui-même et favorisera ainsi cette adaptation aux situations. Il est ici question du « *pouvoir agir* » décrit par Guy le Boterf<sup>127</sup>, correspondant à ce qui est permis entre autre par le contexte, l'institution et l'organisation du travail. Avoir une politique de développement des compétences centrée sur l'exercice du travail apparaît également aux cadres interrogés comme nécessaire, la compétence ne pouvant être isolée de l'activité par laquelle elle se manifeste et du but de cette activité.

<sup>126</sup> ZARIFIAN Philippe. *Objectif compétence*. Editions Liaisons, 2001 : 111.

<sup>127</sup> Voir deuxième partie, chapitre 1.1.1, « Un savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir ».

J'ai pour finir réalisé une analyse des réponses « Plutôt en désaccord » concernant les facteurs favorisant la mise en place de ce type de démarche au niveau institutionnel. J'ai ainsi pu observer que le cadre n°1 a coché « Plutôt en désaccord » à trois reprises et le cadre n°6, à quatre. Ces cadres sont ceux qui ont soulevé le problème de non-conformité entre le programme JACIE et la politique de l'établissement. Il semblerait donc que, pour eux, si l'on examine l'ensemble de leurs réponses aux questions concernant les leviers, ces derniers se situent de manière plus prégnante au niveau du professionnel ou du cadre de santé (1 seul « Plutôt en désaccord » pour le cadre n°1). Il est vrai, qu'en tant que cadre de santé, il est difficile d'agir sur l'institution alors que la marge de manœuvre, pour le cadre lui-même ou envers le professionnel, par le biais du management qu'il sera amené à utiliser, est plus importante. Les difficultés qu'ils ont rencontrées ou le fait d'avoir conscience de celles qu'ils pourront rencontrer, ont probablement influencé leurs réponses concernant les leviers institutionnels.

Afin de clore le questionnaire, j'ai proposé aux cadres de me faire part de leurs remarques. Les réponses des 7 cadres, sous forme de conclusion finale, tournent autour de 3 grandes idées :

- La démarche JACIE est centrée sur la qualité et la sécurité des soins (cadres n°5, 8, 13) : « *Projet moteur pour l'équipe qui impulse une démarche d'amélioration de la qualité et qui sécurise les professionnels* »
- La démarche JACIE permet le développement des compétences (cadres n°5, 12, 17) : « *La démarche JACIE permet d'avoir des IDE experts et compétents* »
- La démarche JACIE est une démarche très lourde mais source de motivation et d'implication des équipes (cadres n°9, 12) : « *des IDE (...) motivés et impliqués* ».

Une culture qualité est ainsi progressivement mise en place avec une cohésion d'équipe qui s'en trouve renforcée. Il est important de prendre en compte et de reconnaître le travail effectué par les équipes dans le maintien de ce projet au quotidien.

A ce stade de la réflexion, il est désormais nécessaire de faire une synthèse finale de l'ensemble des réponses apportées par les cadres de santé afin de répondre à l'hypothèse émise au départ. C'est ce qui est proposé dans le prochain et dernier chapitre.

### 3 La synthèse finale

Lors de mes recherches théoriques afin d'étoffer le cadre conceptuel de ce mémoire, j'ai pu voir que de nombreuses définitions des compétences existaient. Les cadres ici interrogés ont chacun donné leur propre définition d'un professionnel compétent, à chaque fois différente. Le concept de compétences est bien un concept qui demeure très flou, auquel chaque individu associera telle ou telle idée, tel ou tel mot. La compétence n'est pas quelque chose de normé, d'autant plus qu'elle est spécifique d'une situation donnée par essence unique et souvent imprévisible. Elle est toujours en mouvement, en lien permanent avec le contexte de travail. Il s'agit pour le professionnel de mobiliser de manière adaptée ses ressources, internes et externes, tout en les modifiant de façon permanente en faisant preuve de réflexivité. La compétence est mouvement : mouvement individuel, collectif, intellectuel, adaptatif...

Signifier ce qu'est un professionnel compétent, qui pourra l'être à un moment donné et pas à un autre, pour un évaluateur donné et pas pour un autre, est donc complexe. Ceci renforce l'importance de s'interroger et de soigner l'évaluation de ses compétences, si difficiles à capter mais dont le cadre doit pourtant se préoccuper au sein du service dans lequel il exerce. Le référentiel de compétences, que certains cadres ici interrogés semblent avoir utilisé, peut être un point de départ à cette évaluation objective. Il est nécessaire cependant de demeurer vigilant à ne pas réduire cette évaluation à celle d'une liste de ressources.

Nous avons vu que l'auto-évaluation, les entretiens annuels et les EPP étaient les méthodes les plus usitées par les cadres de l'échantillon. Ces derniers pensent majoritairement que l'évaluation relève plus du développement professionnel que du contrôle. Les méthodes d'EPP utilisées sont issues pour la plupart de l'approche par comparaison à un référentiel (sauf la RMM qui est une approche par problème). Les EPP, incluses dans une démarche formative et non pas sanctionnante, répondent bien à cette perception de l'évaluation. Elles ont pour but de faire réfléchir les professionnels sur leur propre pratique et sur les modifications susceptibles d'améliorer la qualité des soins. Elles concourent ainsi à la formation des soignants.

La démarche JACIE, par sa récurrence, sa spécificité, ses exigences au niveau de son référentiel, entraîne, il me semble, les équipes soignantes vers un autre rapport aux compétences. Il s'agit de les évaluer, de les développer mais également de les maintenir dans la durée. Les cadres interrogés ont recours, pour ce faire, entre autres, aux EPP.

Les éléments essentiels du développement professionnel continu, instauré par la loi HPST, semblent être connus par les cadres. Ce dispositif s'inscrit dans une

logique continue de pérennisation des compétences. L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier<sup>128</sup> (ANFH) emploie même dans sa définition du DPC, la nouvelle terminologie de « *maintien (...) des compétences* ». Tout comme le programme JACIE, il est en lien avec l'exercice professionnel, d'où l'importance des EPP.

La notion de continuité évoquée ci-dessus me renvoie à celle de mouvement à laquelle je me suis référée précédemment. La pérennisation des compétences consiste en effet selon moi en une succession continue de moments où le professionnel a agi de manière adaptée. Chaque moment étant unique, doté d'imprévus, il s'agit donc de savoir prendre du recul et de modifier son comportement si cela s'avère nécessaire. Il y a donc mouvement.

L'utilisation régulière des EPP, comme cela est réalisé dans le cadre de la démarche JACIE, serait donc un moyen à disposition du cadre de santé pour maintenir les compétences de ses collaborateurs. L'obligation de mise en place d'une formation professionnelle continue associée à l'évaluation des pratiques professionnelles introduite par le DPC permettra de rendre effective cette démarche de pérennisation au sein des unités. Mais au-delà de ce caractère obligatoire, il me semble qu'il s'agit pour le cadre de santé d'instaurer une vraie politique de service et de management des équipes par la qualité. Ceci a pour objectif de rendre « innée », chez les soignants, cette démarche pluriprofessionnelle d'évaluation et de réflexion sur leurs pratiques et sur leurs compétences.

Le programme JACIE, a pu être perçu par certaines équipes comme une surcharge de travail, une contrainte et parfois non adaptée à la pratique. Mais il est avant tout, nous avons pu le voir, associé au développement professionnel et personnel des membres de l'équipe et surtout à l'amélioration de la prise en charge des patients. Ce management par la qualité implique alors de manière plus poussée l'ensemble des acteurs. Les soignants, tout d'abord, qui chercheront à parfaire le travail en équipe par la mise en commun des ressources de chacun. Le cadre de santé, ensuite, qui, se situant au centre du dispositif, tentera de mettre en place un sentiment de sécurité et de valorisation et impulsera cette dynamique. L'institution, finalement, qui devra allouer des ressources (tout comme pour le DPC) afin de rendre cette démarche réellement effective.

Les remarques de conclusion au questionnaire des cadres de santé interrogés ne retiennent au final que des conséquences positives à la démarche JACIE : qualité et

---

<sup>128</sup> Définition du DPC donnée par l'ANFH : « Le DPC est le maintien systématique, l'amélioration, l'apprentissage continu et/ou la consolidation des connaissances et des compétences des professionnels de la santé ». Disponible sur <[http://www.anfh.fr/recherche\\_glossaire/DPC](http://www.anfh.fr/recherche_glossaire/DPC)> (consulté le 21 avril 2013).

sécurité des soins, développement des compétences et source de motivation, d'implication des équipes.

Ainsi, plus l'environnement sera favorable à ce développement et plus la survenue de réussite en termes de qualité des soins, de satisfaction au travail... sera grande. Il faut cependant avoir conscience que « *de même qu'aucune procédure qualité n'assure à 100% le zéro panne ou le zéro défaut, aucune stratégie de management n'assure avec une certitude absolue l'action pertinente au bon moment* »<sup>129</sup>. Il s'agit de tendre vers une pérennisation des compétences dont le principal bénéficiaire restera le patient, de toujours garder, pour les professionnels de santé et les cadres, les compétences dans l'horizon de travail. Je pense que les évaluations des pratiques professionnelles permettent de maintenir le cap sur les compétences, qui même si elles ne sont pas tout, sont cependant à la base de beaucoup de choses.

---

<sup>129</sup> LE BOTERF Guy. Repenser les compétences pour dépasser les idées reçues : 15 propositions. Edition d'Organisation, 2008 : 81.

## Conclusion

La teneur de ce travail est née d'expériences professionnelles. Elle est l'aboutissement d'un parcours de dix ans, en tant qu'infirmière puis faisant fonction de cadre de santé et d'une réflexion sur ma pratique. Le thème des évaluations des pratiques professionnelles en lien avec la pérennisation des compétences s'est finalement rapidement imposé à moi comme une suite logique au travail que j'ai pu effectuer avec l'équipe du service de chimiothérapie à haute dose et greffe de moelle.

Par la démarche JACIE, un projet d'unité s'est progressivement mis en place, l'ensemble des acteurs étant impliqué quelle que soit leur fonction dans l'unité : les ASH (appartenant pourtant à une entreprise extérieure), les AS, les IDE, les médecins mais également l'éducatrice de jeunes enfants ou bien encore l'institutrice et bien d'autres encore. C'est pourquoi, même si cela peut paraître un peu pompeux, je souhaite leur dédier ce mémoire. Il me semble ainsi pouvoir les remercier pour l'ensemble de leur travail, pour leurs propositions et réflexions. Mais également et surtout pour leur engagement et leur conviction à faire progresser leurs pratiques afin de proposer, à l'enfant et ses parents, un séjour à « la Mer » qui soit le plus agréable et le plus qualitatif possible.

Mon interrogation sur les compétences, déjà initiée lors de la préparation au concours à l'école des cadres et poursuivie toute cette année m'a ouvert d'autres pistes de questionnement. Cette année s'est nourrie de nombreuses lectures, d'auteurs divers (et la liste pour « l'après » est probablement encore plus longue !) mais surtout de rencontres. Rencontres avec d'autres étudiants et futurs cadres de santé, rencontres avec des professionnels exerçant dans des lieux très divers, rencontres avec des enseignants universitaires ou non. L'ensemble de ces rencontres aboutit finalement à la rencontre avec moi-même. Mon intérêt pour le maintien des compétences s'est ainsi affirmé car « *posséder des compétences, c'est avoir une identité* »<sup>130</sup>. Acquérir des compétences, les évaluer, les faire évoluer, s'en préoccuper de manière régulière, en faire le bilan, les partager, c'est faire du lien social.

Mais il me semble surtout avoir pu mettre le doigt sur ce qui me paraît aujourd'hui essentiel dans le travail de cadre de santé : le travail de proximité sans lequel la construction avec l'équipe, d'un équilibre entre les intérêts individuels, collectifs et les contraintes environnementales, dans une finalité partagée centrée sur

---

<sup>130</sup> MINET Francis, PARLIER Michel, DE WITTE Serge. La compétence, mythe, construction ou réalité ? Paris : Editions L'Harmattan, 1994 : 197.

le patient, est impossible. Lorsqu'il existe un projet comme JACIE, cela facilite finalement les choses. Il sera alors question pour moi de trouver quel serait le projet à proposer dans l'autre unité dont je serai bientôt cadre de santé (non inscrite dans la démarche JACIE) et pourquoi pas dans l'ensemble du département de cancérologie de l'enfant et l'adolescent. Ceci pourra être le thème d'un master 2, que j'espère un jour, avoir la chance de réaliser.

## Bibliographie

### **Textes législatifs**

CHIRAC JACQUES, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Journal officiel du 18 janvier 2002, p.1008. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905> (consulté le 28 novembre 2012).

CHIRAC JACQUES, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613810> (consulté le 1er décembre 2012).

CHIRAC JACQUES, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel n°185 du 11 août 2004, p. 14277. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078> (consulté le 23 octobre 2012).

Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339> (consulté le 3 décembre 2012).

MITTERRAND FRANCOIS, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668> (consulté le 03 décembre 2012).

PODEUR ANNIE, pour la Ministre et par délégation. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État infirmier et son annexe 2. Bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarités n°2009/7 du 15 août 2009, pp. 246-274. Disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf) (consulté le 28 novembre 2012).

PODEUR ANNIE, Pour la ministre et par délégation, La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Disponible sur

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf) (consulté le 3 décembre 2012).

POMPIDOU GEORGES, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente. Disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=945A2B22ACA395286001924697FA953C.tpdjo16v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000687666](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=945A2B22ACA395286001924697FA953C.tpdjo16v_3?cidTexte=JORFTEXT000000687666) (consulté le 1 décembre 2012).

RAFFARIN JEAN-PIERRE, PREMIER MINISTRE. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Journal officiel n°183 du 8 août 2004, p.37087. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679> (consulté le 03 décembre 2012).

RAFFARIN JEAN-PIERRE, PREMIER MINISTRE. Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles. Journal officiel n°88 du 15 avril 2005, p.6730. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810646> (consulté le 23 octobre 2012).

SARKOZY NICOLAS, PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. 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, p.12184. Disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722) (consulté le 3 décembre 2012).

VINCENT GERARD, Directeur des Hôpitaux, pour le ministre et par délégation. Circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 du 20 février 1990 et son annexe, disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Missions-et-fonctions-principales.html> (consulté le 24 décembre 2012).

### **Mémoires**

DEFrance Corinne. *La construction des compétences infirmières. Une nécessaire complémentarité IFSI/Hôpital*. Directeur des soins. Rennes : Ecole Nationale de Santé Publique, 2002, pp.13-22.

FAISANT Pascale. *Des compétences à la qualité des soins : le rôle du cadre*. Diplôme cadre de santé. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2007-2008, 89 p.

JUAN Catherine. *La formation tout au long de la vie : un passeport pour la qualité*. Diplôme cadre de santé. Paris : Ecole Supérieure Montsouris, 2010-2011, 55 p.

LANG Sylvie. *L'évaluation des compétences : un levier à l'approche systémique de la gestion des ressources humaines*. Directeur des soins. Rennes : Ecole Nationale de Santé Publique, 2004, pp.5-21.

### **Ouvrages**

BENNER Patricia. *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris : InterEditions, Masson, 1995, 253 p.

BERNOUX Philippe. *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Paris : Editions du Seuil, 2010, 368 p.

DEJOURS Christophe. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Paris : Editions INRA, Sciences en questions, 2003, 82 p.

DEPELTEAU François. *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Québec : Editions De Boeck, 2003, 419 p.

LE BOTERF Guy. *Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences*. Paris : Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, 271 p.

LE BOTERF Guy. *Repenser les compétences pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris : Edition d'Organisation, Eyrolles, 2008, 139 p.

LE GALL Jocelyne, THIBAUT Pascale. *Qualité des soins. De la recherche à l'évaluation des pratiques professionnelles*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, Série Exercice Professionnel, 2011, 158 p.

LEVY-LEBOYER Claude. *La gestion des compétences*. Paris : Editions d'Organisation, Eyrolles, 2009, 144 p.

MINET Francis. *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*. Paris : Editions L'Harmattan, 1995, 147 p.

MINET Francis, PARLIER Michel, DE WITTE Serge. *La compétence, mythe, construction ou réalité ?* Paris : Editions L'Harmattan, 1994, 225 p.

MINTZBERG Henry. *Les dix rôles du cadre*. Paris : Edition d'Organisation, Eyrolles, 2010, Sixième tirage, 283 p.

QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Editions Dunod, 2011, 262 p.

THUILIER Odile, VIAL Michel. *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, Série Fonction Cadre de Santé, 2003, 219 p.

VIDAL Warren, TOUBOUL Muriel, GUILLIER Françoise. *L'évaluation des pratiques professionnelles : une qualité des soins à construire ensemble*. Paris : Editions Lamarre, Fonction Cadre de Santé, 2011, 193 p.

ZARIFIAN Philippe. *Objectif compétence*. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons, Collection Entreprise & Carrières, 2001, 203 p.

ZARIFIAN Philippe. *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*. Paris : Edition Presses Universitaires de France, 2009, 184 p.

### **Articles de périodiques**

BAY Laurence. Formation professionnelle continue : les cadres, acteurs stratégiques. *Revue Hospitalière de France*, 05-06/2009, n°528, pp.30-32.

COLMONT David. Le management de la qualité tuera-t-il le management des hommes ? *Objectifs Soins*, 11/2011, n°200, pp.35-37.

DARDEL Anne, SIGMAN Olivier, DUPIRE Catherine, et al. Dossier formation. *Spécial formation infirmière et cadre de santé*, 06/2012, pp.1-19.

DREVET Géraldine. La professionnalisation du management de proximité à l'hôpital. *Soins Cadres*, 11/2010, n°76, pp.50-53.

HOUBRON Thierry. EPP : la maturité. *Revue Hospitalière de France*, 12/2008, n°525, pp.38-39.

LE BOTERF Guy. Développer les compétences collectives dans les hôpitaux et les centres de soins. *Gestions Hospitalières*, 02/2010, n°493, pp.87-91.

LE BOTERF Guy. Evaluer les compétences. Quels jugements. Quels critères ? Quelles instances ? *Education Permanente*, 02/1998, n°135, pp.143-152.

MICHON Daniel, PAUCHET-TRAVERSAT Anne-Françoise, DOUGUET Florence, et al. Dossier : L'évaluation des pratiques professionnelles. *Soins Cadres*, 05/2006, n°58, pp.17-60.

RIVET Monique. Recherche de la performance ou émergence des talents dans la pratique infirmière ? *Soins Cadres*, 11/2011, n°80, pp.24-28.

TARDIF Jacques. L'évaluation dans le paradigme constructiviste. *L'évaluation des apprentissages. Réflexions, nouvelles tendances et formation*. Collection sous la direction de René Hivon. Université de Sherbrooke, 1993, p.27-56.

VERNOTTE Chabha. La formation professionnelle dans une logique de compétences. *Spécial formation infirmière et cadre de santé*, 06/2010, pp.4-6.

VIDAL Warren. L'EPP aujourd'hui : d'une mise au point à la formalisation. *Objectifs Soins*, 06/2011, n°197, pp.25-29.

### **Supports électroniques**

Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier. ANFH. <<http://www.anfh.fr>> (consulté le 21 avril 2013)

Conseil National de Cancérologie. *Guide méthodologique Revues de Morbi-Mortalité en cancérologie*. In : CNC, novembre 2011. Disponible sur <<http://www.conseilnationalcancerologie.fr/images/documents/guide%20RMM%20canc%C3%A9rologie%202011.pdf>> (consulté le 4 avril 2013).

Dictionnaire Larousse en ligne, <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>> (consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2012).

Développement professionnel continu, Méthodes et modalités de DPC. In : HAS. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf) (consulté le 28 décembre 2012).

DHOS. *Réforme de la formation chez les paramédicaux*. [en ligne] In : Sante.gouv.fr. Juin 2009. Disponible sur [http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sante.gouv.fr%2FIMG%2Fppt%2FReforme\\_formation\\_chez\\_les\\_paramedicaux.ppt&ei=DzdZUcTuMY3DPMOKgbAD&usg=AFQjCNEb-LWjZjAonhEkCvTLn6rNuaVXQ&bvm=bv.44442042,d.ZWU](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sante.gouv.fr%2FIMG%2Fppt%2FReforme_formation_chez_les_paramedicaux.ppt&ei=DzdZUcTuMY3DPMOKgbAD&usg=AFQjCNEb-LWjZjAonhEkCvTLn6rNuaVXQ&bvm=bv.44442042,d.ZWU) (consulté le 1<sup>er</sup> avril 2013).

ESTRYN-BEHAR Madeleine. *Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant*. Etude PRESST-NEXT. In : HAS, janvier 2004. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf> (consulté le 30 décembre 2012).

GUY Dominique. *L'évaluation des professionnels de santé, dans leur fonction, levier de motivation, quelle est la place du cadre ?* [en ligne]. In : Cadre de santé, 10/2008. Disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/L-evaluation-des-professionnels-de.html> (consulté le 20 novembre 2012).

HASLEY Franck. *L'évaluation des personnels* [en ligne]. In : Cadre de santé, 10/2002. Disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/L-evaluation-des-personnels.html> (consulté le 10 décembre 2012).

Haute autorité de santé. HAS. <http://www.has-sante.fr/> (consulté le 3 décembre 2012).

HURLIMANN Claire. *Approche conceptuelle de la qualité de soins*. In : Adsp n° 35, Juin 2001, pp.23-28. Disponible sur <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-35/ad352328.pdf> (consulté le 22 décembre 2012).

Joint Accreditation Committee-ISCT (Europe) & EBMT. JACIE. <http://www.jacie.org/> (consulté le 23 décembre 2012).

*Les fiches En Lignes* [en ligne]. In : CEDIP Compétences et Formation. Disponible sur <<http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/fiches-en-lignes-un-classement-a623.html>> (consulté les 19 et 20 décembre 2012).

Liste des centres accrédités. In : JACIE. Disponible sur <<http://www.jacie.org/accredited-centres>> (consulté le 4 janvier 2013).

Manuel de certification V2010 [en ligne]. In : HAS. Disponible sur <[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1037211/manuel-de-certification-v2010-revise-2011)> (consulté le 15 décembre 2012).

MARTINEZ Fabien. *Les principes généraux de la qualité*. In : Adsp n° 35, Juin 2001, pp.18-23. Disponible sur <<http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-35/ad351823.pdf>> (consulté le 22 décembre 2012).

Organisation Internationale du Travail. *Rapport de la Commission de mise en valeur des ressources humaines*. In : OIT, juin 2000. Disponible sur <<http://www.ilo.org/public/french/standards/relm/ilc/ilc88/com-humd.htm>> (consulté le 12 avril 2013).

SOR. *Opération « Standards, Options et Recommandations »*. In : Oncoprof, avril 2010. Disponible sur <[http://www.oncoprof.net/Generale2000/g12\\_Pluridisciplinarite/g12\\_pl13.php](http://www.oncoprof.net/Generale2000/g12_Pluridisciplinarite/g12_pl13.php)> (consulté le 19 avril 2013).

VIAL Michel. *Quelles compétences pour former et évaluer des compétences professionnelles ?* In : Site personnel de Michel Vial, 2006. Disponible sur <[http://www.michelvial.com/boite\\_06\\_10/2006-Quelles\\_compences\\_pour\\_former\\_et\\_evaluer\\_des\\_compences\\_professionnelles.pdf](http://www.michelvial.com/boite_06_10/2006-Quelles_compences_pour_former_et_evaluer_des_compences_professionnelles.pdf)>, (consulté le 12 décembre 2012).

ZARIFIAN Philippe. *La logique compétence, un enjeu de société* [en ligne]. In : Site personnel de ZARIFIAN Philippe. Disponible sur <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page14.htm>> (consulté le 5 décembre 2012).

ZARIFIAN Philippe. *Manager par la compétence, manager les compétences* [en ligne]. In : Site personnel de ZARIFIAN Philippe. Disponible sur

<<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page63.htm>> (consulté le 19 décembre 2012).

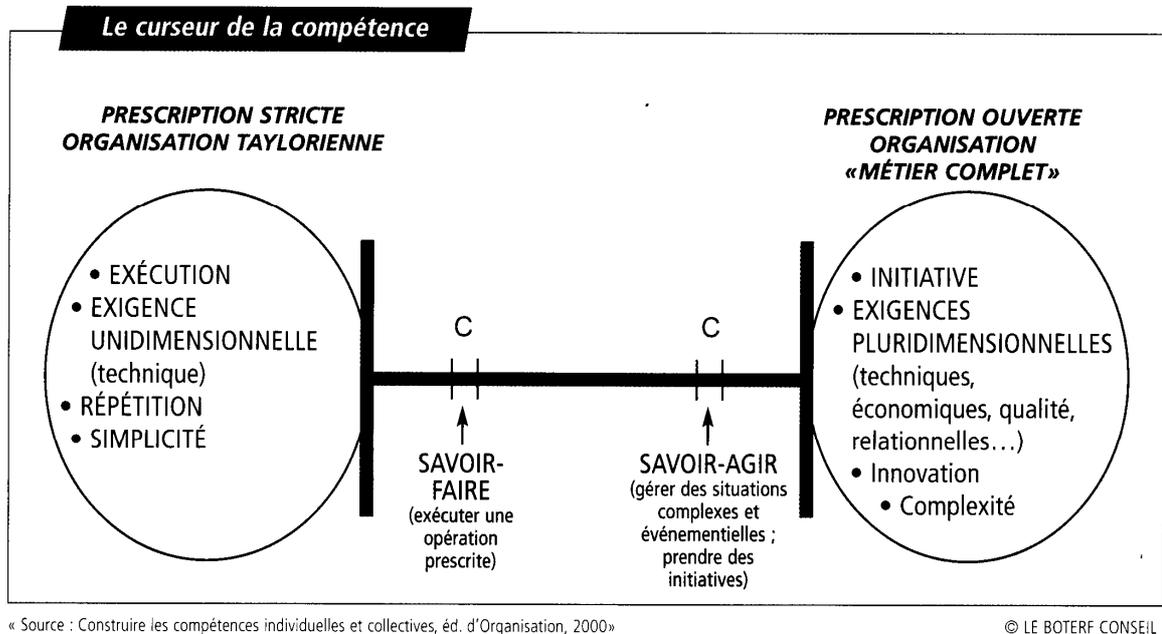
ZARIFIAN Philippe. *De la notion de qualification à celle de compétence* [en ligne]. In : Site personnel de ZARIFIAN Philippe. Disponible sur <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page143.htm>> (consulté le 9 mars 2013).

ZARIFIAN Philippe. *Principes d'une organisation apprenante* [en ligne]. In : Site personnel de ZARIFIAN Philippe. Disponible sur <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page107.htm>> (consulté le 9 mars 2013).

## Table des annexes

- Annexe 1 : Le curseur de la compétence selon Guy Le Boterf
- Annexe 2 : Les huit typologies d'action de formation
- Annexe 3 : Le raisonnement en termes de boucles d'apprentissage
- Annexe 4 : Le développement professionnel continu
- Annexe 5 : La roue de Deming, roue de la qualité
- Annexe 6 : Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles en établissement de santé
- Annexe 7 : Annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier
- Annexe 8 : Créer un environnement favorable : quelques pistes d'action
- Annexe 9 : Liste des centres français accrédités JACIE
- Annexe 10 : Questionnaire en ligne
- Annexe 11 : Résultats du questionnaire (fichier Excel)
- Annexe 12 : Résultats du questionnaire (graphiques)

## Annexe 1 : Le curseur de la compétence selon Guy Le Boterf



Source : LE BOTERF Guy. *Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétences*. Edition d'Organisation, 2006 : 60.

## Annexe 2 : Les huit typologies d'action de formation

Définies par la loi n°2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social



Source : VERNOTTE Chabha. La formation professionnelle dans une logique de compétences. *Spécial formation infirmière et cadre de santé*, 06/2010, pp.4-6.

## Annexe 3 : Le raisonnement en termes de boucles d'apprentissage

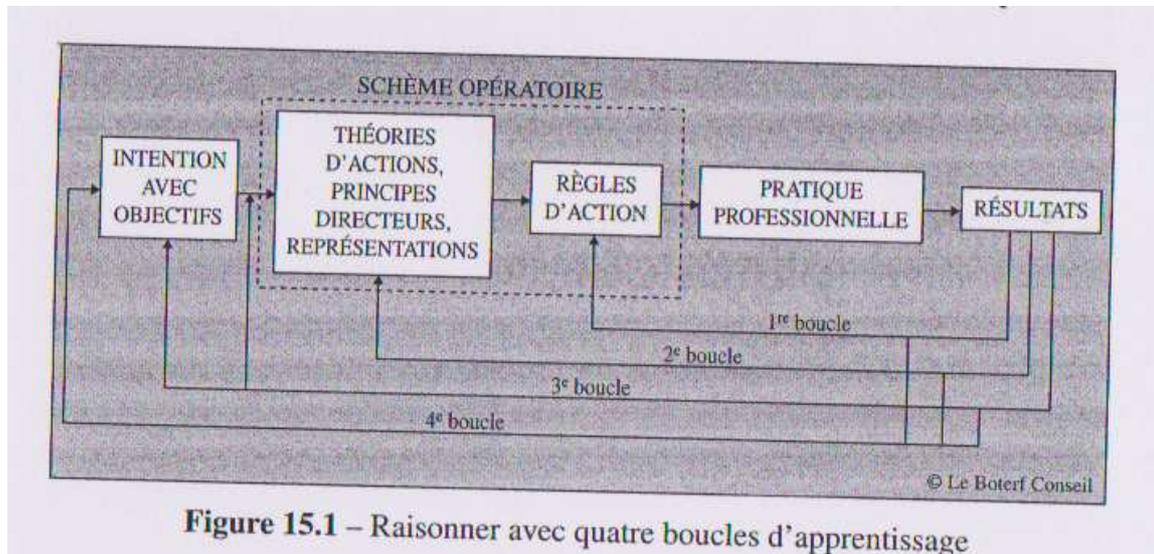
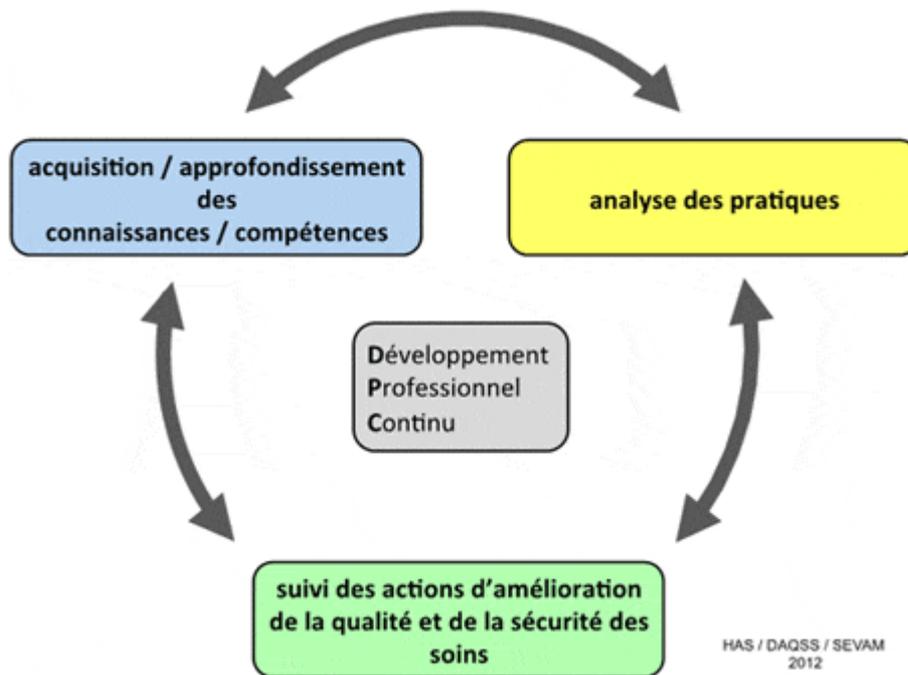


Figure 15.1 – Raisonner avec quatre boucles d'apprentissage

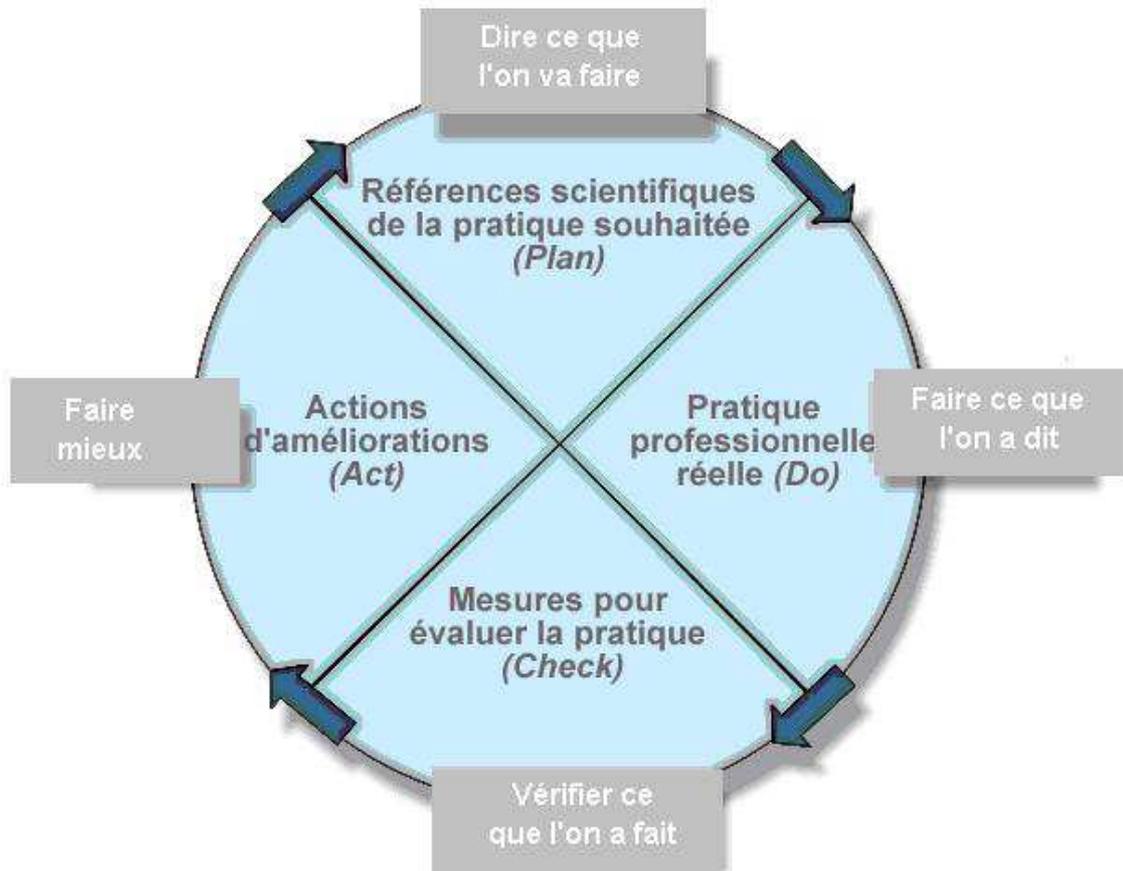
Source : LE BOTERF Guy. *Repenser les compétences pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris : Edition d'Organisation, Eyrolles, 2008 : 132.

## Annexe 4 : Le développement professionnel continu



Source : Site de l'HAS. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1288606/dpc-mode-d-emploi](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288606/dpc-mode-d-emploi) (consulté le 9 décembre 2012).

## Annexe 5 : La roue de Deming, roue de la qualité

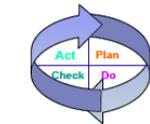


Source : Site de l'HAS. Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/image/jpeg/2010-03/roue\\_de\\_la\\_qualite.jpg](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/image/jpeg/2010-03/roue_de_la_qualite.jpg) (consultée le 19 décembre 2012).

# Annexe 6 : Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles en établissement de santé



## Méthodes d'évaluation et d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en établissement de santé



### Le cycle de Deming

- Dire ce que l'on va faire
- Faire ce que l'on a dit
- Vérifier ce que l'on a fait
- Faire mieux

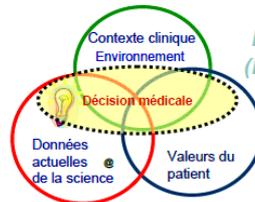
- Réunion de concertation pluridisciplinaire
- Réseaux de santé
- Staff EPP
- Registres
- Revue de Morbidité et Mortalité



### Equipe

### Les caractéristiques d'une action d'EPP

- Choix du thème en fonction de la fréquence, de la gravité et du potentiel d'amélioration
- Objectifs de qualité et de sécurité explicites, basés sur les données de la science
- Analyse de la pratique professionnelle selon une méthode validée
- Plan d'action avec calendrier de mise en œuvre et suivi des résultats



**Réflexion bénéfique / risque**  
Recherche d'un équilibre entre le bénéfice attendu et le risque accepté

Source : Site de l'HAS. Disponible sur [http://has-sante.fr/portail/jcms/c\\_456117/epp-en-etablissement-de-sante](http://has-sante.fr/portail/jcms/c_456117/epp-en-etablissement-de-sante) (consulté le 3 décembre 2012).

# Annexe 7 : Annexe 2 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

## ANNEXE II

### DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'État ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

#### Compétences

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

#### COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

##### Compétence 1

##### Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

1. Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique ;
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...);
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution ;
4. Conduire un entretien de recueil de données ;
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé ;
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives ;
7. Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires ;
8. Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée.	Plusieurs sources d'information sont utilisées (personnes, dossiers, outils de transmission...); Tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe ; Les informations utilisées sont mises à jour et fiables ; Des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée, la sélection est pertinente.
2. Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe.	Les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins de la personne ; Le recueil des informations (entretien, observation, échanges avec la famille...) est réalisé dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles ; Les informations sélectionnées sont priorisées.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence du diagnostic de situation clinique posé.	Le diagnostic de situation et/ou le diagnostic infirmier s'appuie sur une analyse pertinente des différentes informations et sur la mise en relation de l'ensemble des éléments recueillis ; La situation de santé est analysée de manière multidimensionnelle ; Les signes d'urgence ou de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sont repérés ; Le lien entre les éléments recueillis est expliqué ; Le raisonnement clinique utilisé et la démarche d'analyse des informations sont expliqués ; Les connaissances utilisées sont précisées.

## Compétence 2

### Concevoir et conduire un projet de soins infirmier

1. Elaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité ;
2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations ;
3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité, de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité ;
4. Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées ;
5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien ;
6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins ;
7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants ;
9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et inter-professionnelles (transmission, staff professionnel...) ;
10. Evaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers.	Le projet prend en compte les informations recueillies sur toutes les dimensions de la situation ; Le projet comporte des objectifs, des actions, des modes d'évaluation ; Le projet de soins est réalisé (si possible) avec la personne soignée ; Il y a adéquation entre le projet et l'évaluation de la situation ; Les actions prévues sont en adéquation avec le contexte et les ressources ; Les étapes du parcours de soins sont identifiées ; Les choix et les priorités sont expliqués et justifiés ; Les réajustements nécessaires sont argumentés.
2. Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins.	Les objectifs de soins et les actions posées sont négociés avec la personne, sa famille ou son entourage ; Les réactions du patient sont décrites ; Le consentement du patient est recherché, et des explications sur la manière dont les réactions du patient ont été prises en compte sont données.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin.	Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité sont respectées ; Les contrôles de conformité (réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; Le geste est réalisé avec dextérité ; Les réactions du patient au soin sont prises en compte ; La qualité et l'efficacité du soin réalisé sont évaluées ; La réalisation des soins et l'application des protocoles sont adaptées à la situation et au contexte ; Les règles de traçabilité sont respectées.
4. Pertinence des réactions en situation d'urgence.	Les situations d'urgence et de crise sont repérées ; Les mesures d'urgence appropriées sont mises en œuvre ; Les mesures d'urgence à mettre en œuvre dans différentes situations d'urgence sont expliquées.
5. Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins.	La réalisation des soins prescrits et des soins du rôle propre infirmier est assurée ; La répartition des tâches est expliquée de manière cohérente ; Le contrôle des soins confiés est réalisé ; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ; L'organisation prend en compte le contexte et les aléas ; Les choix d'organisation sont expliqués et les priorités argumentées.

### Compétence 3

#### Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins (1) quotidiens

1. Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage ;
2. Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps ;
3. Évaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité ;
4. Adapter et sécuriser l'environnement de la personne ;
5. Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique ;
6. Évaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne.	Les activités proposées prennent en compte les besoins de la personne ; Les ressources de la personne sont mobilisées pour maintenir ou restaurer son autonomie.
2. Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques.	La pudeur et l'intimité de la personne sont respectées ; Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées ; Les moyens mobilisés sont adaptés à la situation ; Les conditions de bien-être, de confort et de qualité de vie de la personne sont vérifiées ; Les principes d'ergonomie et de sécurité sont connus et appliqués dans les soins et les différentes activités ; Les règles de l'hydratation et de la diététique sont connues et expliquées.

(1) La notion de soin s'entend ici comme « action ou ensembles d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ». Il s'agit des soins liés aux besoins de la vie quotidienne, en lien avec la notion d'auto-soin : « action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir, protéger, restaurer et promouvoir la santé ». (*Dictionnaire des soins infirmiers*, Masson, 2005).

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention.	Les risques liés à la situation et la manière de les prévenir sont repérés et expliqués.

#### Compétence 4

#### Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

1. Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste ;
2. Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène et d'asepsie ;
3. Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements ;
4. Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne ;
5. Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux ;
6. Conduire une relation d'aide thérapeutique ;
7. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapeutique ;
8. Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne ;
9. Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique ;
10. Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonnes pratiques ;
11. Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, comptes rendus infirmiers, transmissions...).

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques.	Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité, traçabilité sont respectées ; Les contrôles de conformité (prescription, réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; La préparation, le déroulement de l'examen et la surveillance après réalisation sont conformes aux protocoles et modes opératoires ; Les gestes sont réalisés avec dextérité ; La prévention de la douleur générée par le soin est mise en œuvre ; La procédure d'hémovigilance est respectée.
2. Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifeste.	La thérapeutique administrée est conforme à la prescription ; Les anomalies manifestes sont identifiées et signalées.
3. Exactitude du calcul de dose.	Aucune erreur dans différentes situations de calcul de dose.
4. Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et réalisation d'examens.	Les effets attendus et/ou secondaires sont repérés ; La douleur est évaluée de manière fiable et une réponse appropriée est mise en œuvre ; Les thérapeutiques antalgiques sont adaptées dans le cadre des protocoles.
5. Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention.	Les risques liés à l'administration des thérapeutiques et aux examens sont expliqués ; Les différentes étapes de la procédure d'hémovigilance sont expliquées au regard des risques associés ; Les risques et les mesures de prévention des accidents d'exposition au sang sont expliqués ; Les risques liés à un défaut de traçabilité sont connus et les règles de traçabilité expliquées.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
6. Justesse d'utilisation des appareillages et DM conforme aux bonnes pratiques.	L'utilisation des appareillages et DM est conforme au mode opératoire ; Le choix et l'utilisation des appareillages et DM sont adaptés à la situation.
7. Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques.	Les techniques d'entretien thérapeutique sont utilisées ; La dynamique relationnelle est analysée ; Les changements de discours et/ou de comportement après entretien sont observés et restitués à l'équipe.
8. Fiabilité et pertinence des données de traçabilité.	La synthèse des informations concernant les soins et les activités réalisées est en adéquation avec les données de la situation ; La traçabilité des données est opérée dans les temps, elle est claire, réalisée dans le respect de la confidentialité et conforme aux règles de bonnes pratiques ; Une synthèse claire de la situation de la personne est faite et restituée aux professionnels concernés ; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

### Compétence 5

#### Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

1. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique ;
2. Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement ;
3. Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé... ;
4. Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées ;
5. Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives ;
6. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes ;
7. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de la séquence éducative.	Les besoins et les demandes ont été repérés, analysés et pris en compte ; Les ressources de la personne et du groupe sont identifiées et mobilisées ; La séquence est adaptée à la situation de la personne ou du groupe.
2. Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs.	La personne est prise en compte dans la mise en œuvre de l'action ; La participation de la personne ou du groupe est recherchée ; Les techniques et les outils pédagogiques utilisés sont adaptés et leur utilisation évaluée ; Les actions réalisées sont évaluées.
3. Pertinence de la démarche de promotion de la santé.	La démarche de promotion de la santé est adaptée à la population cible ; Les informations sont analysées en tenant compte de l'ensemble des paramètres des situations ; Les objectifs et les actions correspondent aux résultats escomptés, aux ressources et aux contextes.

### Compétence 6

#### Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne ;
2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte ;
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication ;
4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique ;
5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement ;
6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité ;
7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle.	La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte ; Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées ; Les besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées.
2. Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage.	Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre ; Une attention est portée à la personne ; La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient ; Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne ; La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant-soigné et vise au respect de la personne.
3. Justesse dans la recherche du consentement du patient.	Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire.

### Compétence 7

#### Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle ;
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels ;
3. Évaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée ;
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques ;
5. Évaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité ;
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence ;
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée.	L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
2. Pertinence de l'analyse dans l'application des règles : - de qualité, sécurité, ergonomie ; - de traçabilité ; - liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets.	Les non-conformités sont identifiées ; Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations ; Les risques de non-traçabilité sont explicités ; Le circuit de la gestion des déchets est expliqué ; Les propositions de réajustement sont pertinentes.
3. Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation.	Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée ; Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte.
4. Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés.	Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaires aux soins et pour le matériel d'urgence ; Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages, sont contrôlés.
5. Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail.	La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques ; Les difficultés et les erreurs sont identifiées ; Les causes sont analysées ; Des améliorations sont proposées ; Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse ; La satisfaction de la personne soignée est prise en compte.

### Compétence 8

#### Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

1. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles ;
2. Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement ;
3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées ;
4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles ;
5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre ;
6. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée.	Les données scientifiques pertinentes sont recherchées ; Les éléments d'information pertinents sont recherchés dans les documents professionnels et scientifiques ; Les bases documentaires sont utilisées ; Des explications sont données sur le choix des données sélectionnées au regard d'une problématique donnée, la sélection est pertinente ; Les méthodes et outils d'investigation choisis dans un cadre donné sont adaptés (enquêtes, questionnaires...).
2. Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel.	Des questions pertinentes sont posées en relation avec les problématiques professionnelles.

## Compétence 9

### Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...);
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences;
3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité;
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile;
5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale;
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins;
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes;
8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs.	Les autres professionnels de santé sont sollicités à bon escient ; Les ressources externes sont identifiées ; La répartition des activités est conforme au champ de compétences des intervenants.
2. Cohérence dans la continuité des soins.	Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités ; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ; Le contrôle des soins confiés est réalisé ; La continuité et la traçabilité des soins sont assurées.
3. Fiabilité et pertinence des informations transmises.	Toutes les informations requises sont transmises aux professionnels de santé concernés dans les délais ; Les informations transmises sont pertinentes, fiables et sélectionnées avec discernement dans le respect de la réglementation et de la protection du patient (traçabilité, comptabilité, liaison avec les organismes de remboursement...); Une synthèse claire de la situation de la personne est restituée ; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

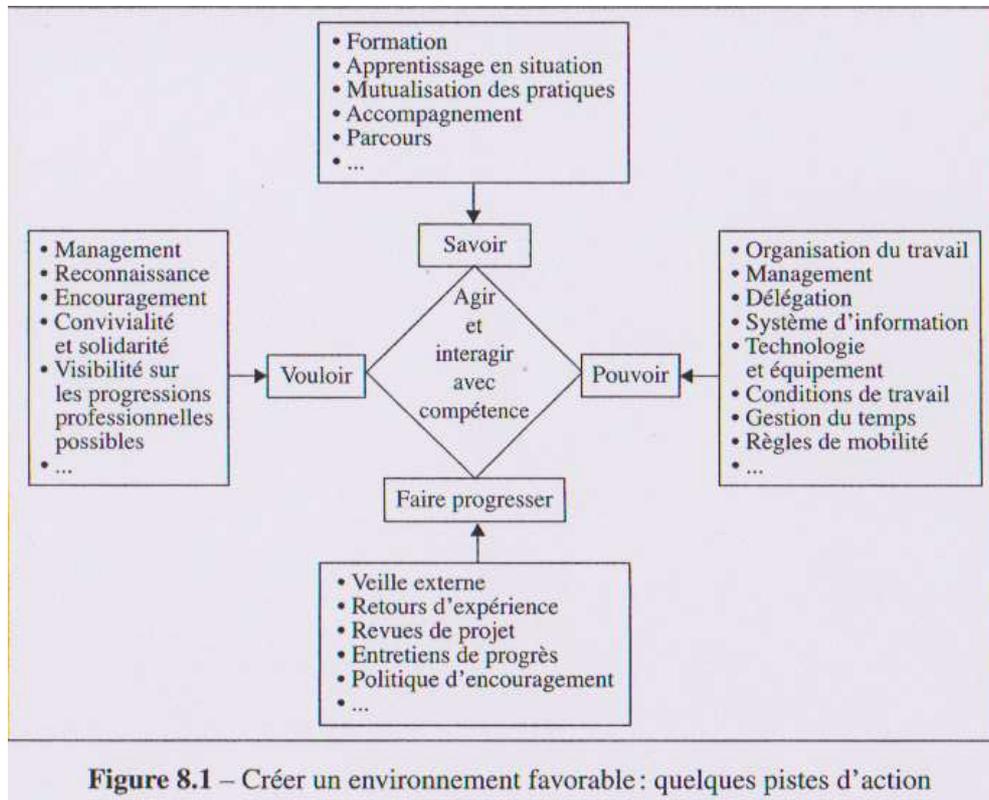
## Compétence 10

### Informier, former des professionnels et des personnes en formation

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins ;
2. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants ;
3. Évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage ;
4. Superviser et évaluer les actions des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration ;
5. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique ;
6. Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant.	Les soins relevant du rôle propre et qui peuvent faire l'objet d'une collaboration avec les aides-soignants sont identifiés et pris en compte dans l'action ; La pratique d'un aide-soignant dans le cadre de la collaboration est évaluée et les erreurs signalées.
2. Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire.	Une démarche d'accueil est mise en œuvre et les informations nécessaires sont transmises ; Les explications nécessaires sont apportées à un stagiaire ; La transmission de savoir-faire est assurée avec pédagogie en conformité avec le niveau de formation du stagiaire.

## Annexe 8 : Créer un environnement favorable : quelques pistes d'action



Source : LE BOTERF Guy. *Repenser les compétences pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris. 2008 : 83.

## Annexe 9 : Liste des centres français accrédités JACIE

Date of issue: 04/01/2013

List of JACIE accredited centres in order of country > city.  
An X indicates activity for which the centre has received accreditation.



20. *Country:* France      *City:* Besançon

*Facility:* Thérapie cellulaire clinique et laboratoires (adulte-enfants), CHU Hôpital Jean Minjoz

*Institution:* CHU Besançon & EFS-Bourgogne Franche Comté

*Programme Director(s):* E Deconinck

*Valid from:* 23/06/2008 *to:* 22/06/2011 *Initial or Reaccreditation:*

*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X

*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* X

*Collection-HPC(M):* X

*Collection-HPC(A):* X

*Processing:* X

---

21. *Country:* France      *City:* Boulogne-sur-mer

*Facility:* Service d'Hématologie

*Institution:* CH Dr Duchenne

*Programme Director(s):* B. Chouffi

*Valid from:* 18/01/2012 *to:* 19/01/2016 *Initial or Reaccreditation:*

*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* -

*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -

*Collection-HPC(M):* -

*Collection-HPC(A):* -

*Processing:* -

---

22. *Country:* France      *City:* Brest

*Facility:* Service d'Hématologie Clinique, Institut de Cancérologie et d'Hématologie, Hôpital Morvan & EFS Bretagne - site de Brest

*Institution:* CHU Brest & Etablissement Français du Sang

*Programme Director(s):* C. Berthou

*Valid from:* 16/03/2010 *to:* 15/03/2014 *Initial or Reaccreditation:*

*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X

*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -

*Collection-HPC(M):* X

*Collection-HPC(A):* X

*Processing:* X

---

23. *Country:* France      *City:* Clermont-Ferrand  
*Facility:*  
*Institution:* Fédération de Greffe de Moelle et de Thérapie Cellulaire d'Auvergne (FGMTCA)  
*Programme Director(s):* F. Deméocq  
*Valid from:* 17/03/2006 *to:* 16/03/2009 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* -      *Clinical-Adult-Allo:* -  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

24. *Country:* France      *City:* Clermont-Ferrand  
*Facility:* Service de Thérapie Cellulaire et d'hématologie clinique adultes - site Hôtel Dieu  
*Institution:* CHU Clermont-Ferrand  
*Programme Director(s):* Jacques-Olivier Bay  
*Valid from:* 29/07/2011 *to:* 28/07/2015 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* -  
*Processing:* -

---

25. *Country:* France      *City:* Créteil  
*Facility:* Service d'hématologie Clinique ["Penelope"] & EFS Ile de France: site Henri Mondor  
*Institution:* Henri Mondor University Hospital & Etablissement Français du Sang Ile de France  
*Programme Director(s):* C. Cordonnier  
*Valid from:* 01/04/2011 *to:* 31/03/2015 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* -      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

26. *Country:* France      *City:* Grenoble  
*Facility:* Greffe et thérapie cellulaire Grenoble, Hematology Dept., CHU Michallon & EFS Rhone Alpes: Centre de prelevement cellulaire (site La Tronche) & Unité mixte de Thérapie Cellulaire et Tissulaire-UMTCT (site de St Ismier)  
*Institution:* CHU Grenoble & EFS Rhône-Alpes  
*Programme Director(s):* J Y Cahn  
*Valid from:* 27/07/2010 *to:* 26/07/2014 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* X      *Clinical-Paed-Allo:* X  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

27. *Country:* France      *City:* Lille

*Facility:* CHRU Lille: Hôpital Jeanne de Flandres, Hôpital Claude Huriez & Etablissement Français du Sang (EFS) Nord de France site Lille

*Institution:* CHU Lille & EFS

*Programme Director(s):* JP Jouet

*Valid from:* 19/09/2008 *to:* 18/09/2011 *Initial or Reaccreditation:*  Initial

*Clinical-Adult-Auto:* X              *Clinical-Adult-Allo:* X

*Clinical-Paed-Auto:* -              *Clinical-Paed-Allo:* X

*Collection-HPC(M):* X

*Collection-HPC(A):* X

*Processing:* X

---

28. *Country:* France      *City:* Lyon

*Facility:*

*Institution:* Centre Léon Bérard

*Programme Director(s):* P. Biron

*Valid from:* 05/02/2008 *to:* 04/02/2011 *Initial or Reaccreditation:*  Initial

*Clinical-Adult-Auto:* X              *Clinical-Adult-Allo:* -

*Clinical-Paed-Auto:* X              *Clinical-Paed-Allo:* -

*Collection-HPC(M):* -

*Collection-HPC(A):* -

*Processing:* -

---

29. *Country:* France      *City:* Lyon

*Facility:* Service d'Hématologie & Centre de Santé, Hôpital E. Herriot & Banque de tissus et cellules EFS Rhône-Alpes

*Institution:* Hôpital E. Herriot & EFS Rhône-Alpes

*Programme Director(s):* M. Michallet

*Valid from:* 11/12/2009 *to:* 10/12/2013 *Initial or Reaccreditation:*  Reaccreditation

*Clinical-Adult-Auto:* X              *Clinical-Adult-Allo:* X

*Clinical-Paed-Auto:* -              *Clinical-Paed-Allo:* -

*Collection-HPC(M):* X

*Collection-HPC(A):* X

*Processing:* X

---

30. *Country:* France      *City:* Lyon

*Facility:* Service d'Hématologie: Immuno-Hématologie Pédiatrique et Transplantation de moelle osseuse

*Institution:* Hôpital Debrousse

*Programme Director(s):* Y. Bertrand

*Valid from:* 19/12/2007 *to:* 28/02/2008 *Initial or Reaccreditation:*  Initial

*Clinical-Adult-Auto:* -              *Clinical-Adult-Allo:* -

*Clinical-Paed-Auto:* -              *Clinical-Paed-Allo:* X

*Collection-HPC(M):* X

*Collection-HPC(A):* -

*Processing:* -

---

31. *Country:* France      *City:* Marseille  
*Facility:* Département d'Onco-Hématologie  
*Institution:* l'Institut Paoli-Calmettes (IPC)  
*Programme Director(s):* D. Blaise  
*Valid from:* 02/06/2008 *to:* 01/06/2011 *Initial or Reaccreditation:*  Initial  
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

32. *Country:* France      *City:* Marseille  
*Facility:* Unité de transplantation médullaire  
*Institution:* Hôpital La Timone  
*Programme Director(s):* Gérard Michel  
*Valid from:* 12/03/2012 *to:* 11/03/2016 *Initial or Reaccreditation:*  Initial  
*Clinical-Adult-Auto:* -      *Clinical-Adult-Allo:* -  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* X  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* -  
*Processing:* -

---

33. *Country:* France      *City:* Montpellier  
*Facility:* Centre de greffe Adulte et pédiatrique de CSH: "Centre de greffe GrAP"  
*Institution:* CHRU de Montpellier - Hôpital St Eloi  
*Programme Director(s):* Nathalie Fegueux  
*Valid from:* 03/12/2012 *to:* 02/12/2016 *Initial or Reaccreditation:*  Initial  
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* X      *Clinical-Paed-Allo:* X  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

34. *Country:* France      *City:* Nantes  
*Facility:* Programme de Greffe de Moelle, CHU de Nantes: Hôpital Dieu, l'Hopital de la Mere et de l'Enfant) & l'EFS, Boulevard Leon Monnet  
*Institution:* CHU de Nantes & l'Establissement Français du Sang  
*Programme Director(s):* M. Mohty  
*Valid from:* 13/12/2012 *to:* 12/12/2016 *Initial or Reaccreditation:*  Reaccreditation  
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* X      *Clinical-Paed-Allo:* X  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

35. *Country:* France      *City:* Nantes  
*Facility:* Programme de Greffe de Moelle, CHU de Nantes: Hôpital Dieu, l'Hopital de la Mere et de l'Enfant) & l'Établissement Français du Sang, Boulevard Leon Monnet  
*Institution:* CHU de Nantes & l'Établissement Français du Sang  
*Programme Director(s):* J. L Harousseau  
*Valid from:* 22/04/2008 *to:* 21/04/2011 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* X      *Clinical-Paed-Allo:* X  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

36. *Country:* France      *City:* Nice  
*Facility:* Centre de transplantation de cellules souches hématopoïétiques adultes et pédiatriques (CHU Nice): Hôpital Archet 1, Hôpital Archet 2, Laboratoire de thérapie cellulaire, EFS Alpes Méditerranée, site de Saint-Laurent-du-Var  
*Institution:* CHU Nice & EFS Alpes Méditerranée  
*Programme Director(s):* J. P. Cassuto  
*Valid from:* 24/03/2008 *to:* 23/03/2011 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* X  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

37. *Country:* France      *City:* Paris  
*Facility:* Service de transplantation médullaire,  
*Institution:* Hôpital St. Louis  
*Programme Director(s):* G. Socié  
*Valid from:* 29/07/2009 *to:* 28/07/2013 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* -      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* X  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

38. *Country:* France      *City:* Pessac (Bordeaux)  
*Facility:* Service des Maladies du Sang, Hôpital Haut-Lévêque,  
*Institution:* CHU Bordeaux & EFSAL  
*Programme Director(s):* N. Milpied, J. M. Boiron  
*Valid from:* 27/07/2009 *to:* 26/07/2013 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

39. *Country:* France      *City:* Rennes  
*Facility:* Programme de Greffe de cellules souches hématopoïétiques de Rennes (Hôpital Pontchaillou (adults), Hôpital Sud (Anne de Bretagne) (paediatrics) & EFS Bretagne site Rennes)  
*Institution:* CHU de Rennes & Etablissement Français du Sang Bretagne  
*Programme Director(s):* T. Lamy de la Chapelle  
*Valid from:* 19/05/2010 *to:* 18/05/2014 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* X      *Clinical-Paed-Allo:* X  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

40. *Country:* France      *City:* Rouen  
*Facility:* Centre de Lutte contre le Cancer de Haute-Normandie (CLCC)  
*Institution:* Centre Henri Becquerel  
*Programme Director(s):* Hervé Tilly  
*Valid from:* 09/11/2012 *to:* 08/11/2016 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

41. *Country:* France      *City:* Rouen  
*Facility:* Centre Régional de Lutte contre le Cancer  
*Institution:* Centre Henri Becquerel  
*Programme Director(s):* H. Tilly  
*Valid from:* 12/08/2008 *to:* 11/08/2011 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* X

---

42. *Country:* France      *City:* Saint-Priest-en-Jarez  
*Facility:* Département d'Hématologie,  
*Institution:* Institut de Cancérologie de la Loire (ICL)  
*Programme Director(s):* Denis Guyotat  
*Valid from:* 28/04/2010 *to:* 27/04/2014 *Initial or Reaccreditation:*   
*Clinical-Adult-Auto:* X      *Clinical-Adult-Allo:* X  
*Clinical-Paed-Auto:* -      *Clinical-Paed-Allo:* -  
*Collection-HPC(M):* X  
*Collection-HPC(A):* X  
*Processing:* -

---

43. *Country*: France      *City*: Villejuif  
*Facility*: Département de pédiatrie  
*Institution*: Institut Gustave Roussy  
*Programme Director(s)*: O. Hartmann  
*Valid from*: 18/04/2006 *to*: 17/04/2009 *Initial or Reaccreditation*:   
*Clinical-Adult-Auto*: -      *Clinical-Adult-Allo*: -  
*Clinical-Paed-Auto*: -      *Clinical-Paed-Allo*: -  
*Collection-HPC(M)*: X  
*Collection-HPC(A)*: -  
*Processing*: X

---

Source: List of JACIE accredited centres in order of country > city [en ligne]. In : JACIE. Disponible sur <http://www.jacie.org/accredited-centres> (consulté le 1<sup>er</sup> mars 2013)

# Annexe 10 : Questionnaire en ligne<sup>131</sup>

**Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues**

Vous avez accepté de répondre à mon questionnaire de mémoire cadre et je vous en remercie. Il porte sur l'évaluation des pratiques professionnelles réalisée via la démarche d'accréditation JACIE. Pour votre information, les réponses sont anonymes.

[Continuer »](#)

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

---

**Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues**

**\*Obligatoire**

**Compétences généralités**

Comment définiriez-vous un professionnel compétent ? \*

Avez-vous élaboré un référentiel de compétences spécifique à l'unité de greffe ? \*

Oui  
 Non

Si oui, citez les compétences qui vous semblent les plus pertinentes en lien avec l'activité spécifique de l'unité.

Pour vous, évaluer les compétences consiste en : \*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Réaliser un contrôle des compétences du collaborateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accompagner le professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>131</sup> Il s'agit ici de copies d'écran du questionnaire en ligne.

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina... x -+  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodriguez2.htm

Google

Pour vous, évaluer les compétences consiste en : \*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Réaliser un contrôle des compétences du collaborateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accompagner le professionnel dans son questionnement sur la pertinence de ses compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guider le professionnel vers la construction de nouvelles compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adapter les formations aux besoins du professionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adapter les formations aux besoins du service	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels moyens utilisez-vous afin d'évaluer les compétences des membres de l'équipe soignante ? \*

(Plusieurs réponses possibles)

L'auto-évaluation

Les contrôles de connaissances

Les entretiens annuels d'évaluation

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Autre :

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina... x -+  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodriguez2.htm

Google

Si vous avez coché l'évaluation des pratiques professionnelles à la question précédente, pouvez-vous préciser le type d'EPP que vous avez mis en place.

(Plusieurs réponses possibles)

La revue de morbidité et de mortalité (RMM)

La méthode de résolution de problèmes

L'analyse de processus

Les méthodes d'analyse de causes

Le chemin clinique (CC)

Le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQ)

L'audit clinique

L'audit clinique ciblé

La revue de pertinence des soins

L'enquête de pratique

Autre :

Savez-vous en quoi consiste le Développement Professionnel Continu (DPC) ? \*

Oui

Non

Si oui, pouvez-vous m'indiquer en quelques mots ce qu'il évoque pour vous?

Avec les affirmations suivantes, concernant le DPC, pouvez-vous indiquer votre avis. \*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Il comporte de l'EPP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'est un outil de pérennisation des compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina... x

file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues2.htm

Avec les affirmations suivantes, concernant le DPC, pouvez-vous indiquer votre avis. \*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Il comporte de l'EPP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C'est un outil de pérennisation des compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il comporte de la formation continue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il améliore le travail en équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il ne sert à rien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il permet de développer les compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensez-vous que la démarche JACIE peut être intégrée dans le DPC ? \*

Oui  
 Non

Précisez pourquoi.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina R... x

file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues3.htm

Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues

Modifier ce formulaire

\*Obligatoire

**JACIE généralités**

Concernant l'accréditation JACIE du service dans lequel vous exercez, s'agit-il : \*

D'une accréditation initiale  
 D'une ré-accréditation

Précisez les dates d'accréditation et/ou de ré-accréditation. \*

Le service est-il accrédité pour : \*

Allogreffe adulte  
 Allogreffe pédiatrique  
 Autogreffe adulte  
 Autogreffe pédiatrique

Etes-vous engagé(e) dans la démarche JACIE depuis le début de sa mise en route dans le service : \*

Oui  
 Non

Si non, depuis quand y participez-vous ?

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina R...  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues3.htm

Avez-vous eu une (des) formation(s) afin de vous aider à la mise en place de cette accréditation ? \*

Oui  
 Non

Si oui, laquelle (lesquelles)?

Pouvez-vous préciser les membres de l'équipe projet : \*

Médecin référent de l'unité  
 Chef de service  
 Service qualité  
 Autres cadres de santé  
 Membres de l'équipe paramédicale  
 Autre :

Pour le service qualité et les membres de l'équipe paramédicale, précisez combien de personnes et leur fonction. \*

Selon vous, la démarche d'accréditation JACIE a été perçue par l'équipe de l'unité comme :

Tout à fait    Plutôt d'accord    Plutôt en désaccord    Tout à fait en désaccord

Synchronisation terminée.

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina R...  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues3.htm

Selon vous, la démarche d'accréditation JACIE a été perçue par l'équipe de l'unité comme :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Une surcharge de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une façon d'améliorer ses pratiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une contrainte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une remise en question des façons de faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une source de soins de qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un contrôle supplémentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une sécurisation supplémentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une manière de s'assurer de leurs compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fourni par Google Drive  
 Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.  
[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina R...  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues4.htm

Google

**Modifier ce formulaire**

### Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues

**\*Obligatoire**

#### Compétences JACIE

Il est demandé, dans le référentiel JACIE, de pouvoir justifier des compétences des différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patients. Concernant l'équipe paramédicale :

**Comment avez-vous envisagé « cette justification » ? \***  
 (Plusieurs réponses possibles)

Rapport d'entretien annuel d'évaluation  
 Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques  
 Traçabilité des EPP réalisées  
 Document de traçabilité des auto-évaluations  
 Attestation de présence aux formations, congrès...  
 Autre :

**Cela concerne-t-il ? \***  
 (Plusieurs réponses possibles)

Les infirmières  
 Les aides-soignantes  
 Les deux  
 Autre :

**Quels sont les moyens que vous utilisez afin de maintenir les compétences des professionnels de l'unité ? \***

Formation continue  
 Evaluation des pratiques professionnelles  
 Autre :

**Si vous avez coché formation continue à la question précédente, de quel type est-elle ?**

Formation interne institutionnelle  
 Participation à des congrès  
 Formation interne au service  
 Autre :

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina R...  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues4.htm

Google

Attestation de présence aux formations, congrès...  
 Autre :

**Cela concerne-t-il ? \***  
 (Plusieurs réponses possibles)

Les infirmières  
 Les aides-soignantes  
 Les deux  
 Autre :

**Quels sont les moyens que vous utilisez afin de maintenir les compétences des professionnels de l'unité ? \***

Formation continue  
 Evaluation des pratiques professionnelles  
 Autre :

**Si vous avez coché formation continue à la question précédente, de quel type est-elle ?**

Formation interne institutionnelle  
 Participation à des congrès  
 Formation interne au service  
 Autre :

**Précisez les types de congrès ou thèmes de formation.**

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par Google Drive [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina R...  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues5.htm

Google

[Modifier ce formulaire](#)

### Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues

**\*Obligatoire**

#### La démarche JACIE

Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour l'institution? \*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Apport de soins de qualité et sécurisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Développement de la performance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Polyvalence (capacité à occuper plusieurs postes de travail)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Employabilité (capacité à être affectée à un nouvel emploi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour le professionnel? \*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Développement des capacités d'adaptation et d'initiative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amélioration de la satisfaction au travail par la sensation du travail bien fait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconnaissance extérieure d'un	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina R...  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues5.htm

Google

Reconnaissance extérieure d'un travail de qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivation accrue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour le patient? \*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Source de soins de qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiment de sécurité par l'uniformisation des pratiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mieux adhésion aux traitements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau du professionnel? \*

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Acceptation de la remise en question	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconnaissance externe par ses pairs ou ses supérieurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La motivation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'implication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La cohésion d'équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau du cadre

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina R...  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues5.htm

La cohésion d'équipe

**Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau du cadre de santé ? \***

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Instauration d'une relation de confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proposition de cette démarche comme source de construction professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Position neutre de l'évaluateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Animation, communication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Favoriser la réflexion sur l'expérience professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau institutionnel ? \***

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Politique d'EPP affirmée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomie des professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation continue effective	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souplesse afin de développer les capacités d'adaptation des professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Firefox - Questionnaire mémoire IFCS Sandrina R...  
 file:///C:/IFCS/Mémoire/Questionnaire/Questionnaire mémoire IFCS Sandrina Rodrigues5.htm

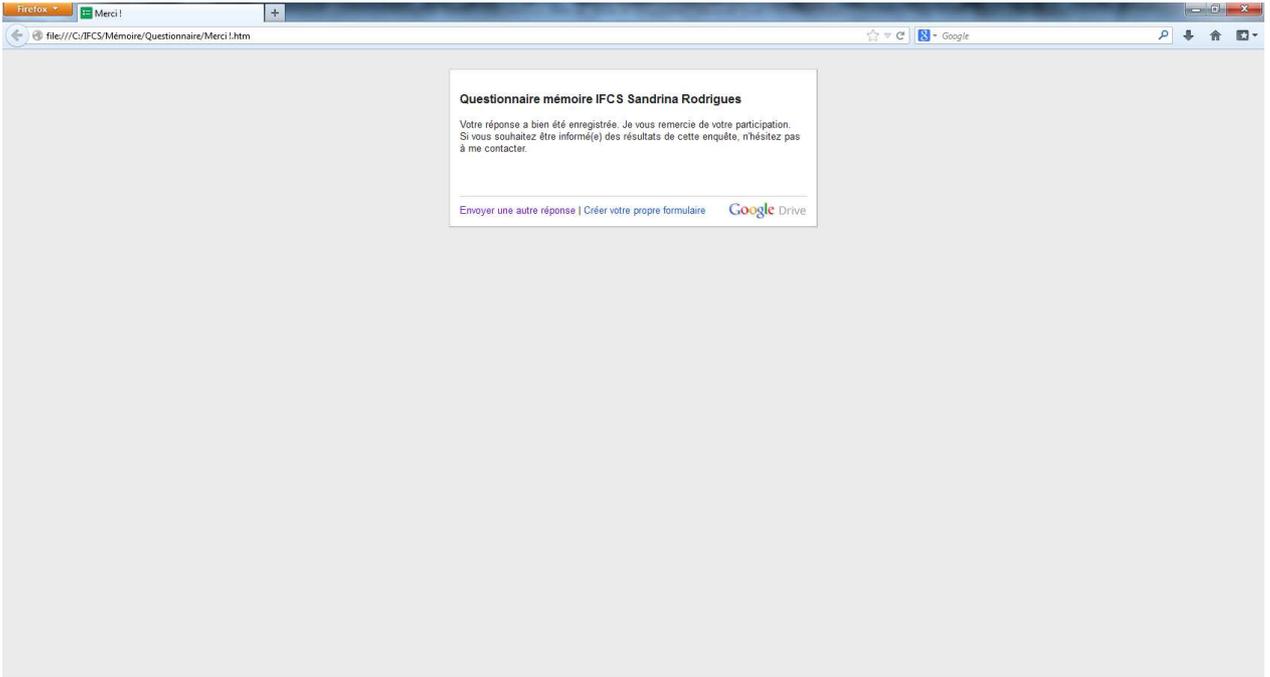
Autonomie des professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formation continue effective	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souplesse afin de développer les capacités d'adaptation des professionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Développement des compétences en prenant appui sur l'exercice réel du travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Quels sont, selon vous, les inconvénients, défauts de cette démarche ? \***

**Avez-vous des remarques complémentaires ? Elles seront les bienvenues!**

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Fourni par [Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)



## Annexe 11 : Résultats du questionnaire (fichier Excel)

Les réponses données ont été intégralement retranscrites sans correction des fautes d'orthographe.

N°	Comment définiriez-vous un professionnel compétent ?	Avez-vous élaboré un référentiel de compétences spécifique à l'unité de greffe ?	Si oui, offrez les compétences qui vous semblent les plus pertinentes en lien avec l'activité spécifique de l'unité.	Pour vous, évaluer les compétences consiste en :					Quels moyens utilisez-vous afin d'évaluer les compétences des membres de l'équipe soignante ?	Si vous avez coché l'évaluation des pratiques professionnelles à la question précédente, pouvez-vous préciser le type d'EPP que vous avez mis en place.	Savez-vous en quoi consiste le Développement Professionnel Continu (DPC) ?
				Réaliser un contrôle des compétences du collaborateur	Accompagner le professionnel dans son questionnement sur la pertinence de ses compétences	Guider le professionnel vers la construction de nouvelles compétences	Adapter les formations aux besoins du professionnel	Adapter les formations aux besoins du service			
1	Une compétence correspond à différents critères qualitatifs et quantitatifs: critères de savoirs, savoirs-faire, savoir-être, l'expérience, l'investissement formatif, le questionnement réflexif, la responsabilité et la confiance de ses pairs (et du supérieur). Le professionnel possédant toutes ces qualités est un agent ultra-compétent.	Non		Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	L'enquête de pratique	Non
2	un professionnel compétent est une personne qui maîtrise des actes techniques dans le geste et qui sait pourquoi il le fait. C'est à dire le but médical, le but psychologique, le bénéfice que cela va apporter au patient	Oui	compétences : - la stérilité dans les gestes techniques ( pansement de site, picc line, pac, préparation des perfusions) - greffe - connaissance transfusionnelle - administration des chimiothérapies - relationnelles - connaissances des soins de support et orientation si besoin du patient - connaissance des pathologies	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	L'auto-évaluation, Les entretiens annuels d'évaluation		Oui
3	une personne qui agit en connaissance de causes et capable d'assumer les actes réalisés tout en sachant prévenir en cas de difficultés	Non		Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), L'enquête de pratique	Non
4	Un professionnel compétent est un professionnel capable d'un certain esprit d'analyse avec un sens clinique, connaissant ses limites. Une personne restant professionnelle capable de rester objective.	Oui	Administration d'une greffe de CSP Gestion des flux laminaire	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), Audit des pratiques	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), L'audit clinique, L'audit clinique ciblé, L'enquête de pratique	Oui
5	un professionnel rigoureux qui se questionne sur ses pratiques et partage ses connaissances et compétences	Oui	1) Compétences techniques : application rigoureuse des procédures, connaissances et compréhension des thérapeutiques et surveillance, dextérité 2) Compétences relationnelles : savoir concilier une prise en charge technique et relationnelle des patients et familles dans une unité "très riche en procédures" 3) Compétences relatives au sens du travail en équipe avec les différents acteurs de soins	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les contrôles de connaissances, Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), auto évaluation au cours de l'entretien annuel et capacité à formuler des besoins en formation	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), L'analyse de processus, L'audit clinique ciblé, La revue de pertinence des soins	Oui
6	Pour moi dans le terme professionnel il y a le mot compétence « connaissance de la personne soignée, de la pathologie », des thérapeutiques des effets indésirables le tout avec du savoir vivre et de l'empathie	Non	connaissance des pathologies les traitements antimyxotiques les transfusions les effets indésirables	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), Le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQ), L'audit clinique	Oui
7	effectue une prise en charge de qualité et sécuritaire	Oui		Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Les entretiens annuels d'évaluation		Oui
8	Il s'agit d'un professionnel qui est capable de mobiliser ses connaissances et d'analyser ses pratiques afin de pouvoir les réajuster si nécessaire. Il travaille avec ses collègues et se pose des questions sur le bien fondé de ses actions.	Non		Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	L'auto-évaluation, Les contrôles de connaissances, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	L'audit clinique, L'audit clinique ciblé, L'enquête de pratique	Oui
9	Un professionnel compétent est une personne qui a de l'expérience mais qui ne reste pas ancre dans son savoir et qui va de l'avant Sur des nouvelles techniques, qui continue à se former, qui se pose des questions sur ses méthodes de travail, qui tente toujours de s'améliorer Il faut avoir une bonne écoute, une capacité d'adaptation et une grande ouverture d'esprit... Et être capable d'entendre les remarques et d'en tenir compte.	Oui	Service très technique avec beaucoup de procédures et de protocoles de soins - application des protocoles - bonne connaissance des produits administrés - bonne connaissance des effets indésirables, toxicité du site à la greffe - éducation des patients et des nouveaux professionnels	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), La méthode de résolution de problèmes, L'analyse de processus, Les méthodes d'analyse de causes, L'audit clinique, L'audit clinique ciblé	Oui
10	une personne sérieuse, attentif, ouverte d'esprit, se remettant en question, mettant ses compétences au service de l'ensemble du service où elle travaille proposant des améliorations ainsi que l'élaboration de protocole	Non		Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	L'analyse de processus, Le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQ), L'audit clinique, L'audit clinique ciblé, L'enquête de pratique	Non

N°	Comment définiriez-vous un professionnel compétent ?	Avez-vous élaboré un référentiel de compétences spécifique à l'unité de greffe ?	Si oui, citez les compétences qui vous semblent les plus pertinentes en lien avec l'activité spécifique de l'unité.	Pour vous, évaluer les compétences consiste en :					Quels moyens utilisez-vous afin d'évaluer les compétences des membres de l'équipe soignante ?	Si vous avez coché l'évaluation des pratiques professionnelles à la question précédente, pouvez-vous préciser le type d'EPP que vous avez mis en place.	Savez-vous en quoi consiste le Développement Professionnel Continu (DPC) ?
				Réaliser un contrôle des compétences du collaborateur	Accompagner le professionnel dans son questionnement sur la pertinence de ses compétences	Guider le professionnel vers la construction de nouvelles compétences	Adapter les formations aux besoins du professionnel	Adapter les formations aux besoins du service			
11	c'est un professionnel possédant : - les connaissances théoriques et pratiques en lien avec son activité - en capacité de s'autoévaluer - capable de suivre les évolutions (ne pas être figé dans un schéma)	Non		Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	Le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQ), L'audit clinique, L'audit clinique ciblé	Non
12	un professionnel qui est en capacité de mobiliser ses compétences dans toutes situations et qui permet une prise en charge de qualité dans un cadre établi.	Oui	administration de chimiothérapies refection et surveillance de CIV et picoline surveillance d'un patient allogreffé GVH pratiques transfusionnelles	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Les contrôles de connaissances, Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	Le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQ), L'audit clinique	Oui
13	un professionnel compétent adapte son savoir, savoir faire, savoir être aux diverses situations de soins rencontrées	Oui	compétences techniques, relationnelles, éducatives	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), Le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQ), L'audit clinique, L'audit clinique ciblé	Oui
14	connaissances de la patho connaissance des protocoles connaissances de l'institution	Oui	chimo sang et dérivés greffe	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), Le chemin clinique (CC), L'audit clinique ciblé, L'enquête de pratique	Oui
15	Capacité à exercer son métier grâce à ses connaissances théoriques et compétences techniques générales et spécifiques à la pathologie du service où il exerce	Oui	techniques (chimiothérapie, allogreffe, transfusions), théoriques (pathologies), relationnelles (patient, famille, équipe)	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les contrôles de connaissances, Les entretiens annuels d'évaluation		Oui
16	Un professionnel compétent est une personne qui possède différentes capacités dans un domaine précis, d'un enseignement précis et spécialisée dans le domaine concerné. Des capacités constatées ou notifiées.	Oui	apprécier l'état de douleur et souffrance d'une personne en hématologie établir une communication adaptée mettre en oeuvre les droits de l'usager organiser son travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire participer à la gestion des risques et l'amélioration de la qualité des prises en charge	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les contrôles de connaissances, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), audit	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), L'audit clinique ciblé, L'enquête de pratique	Oui
17	connaissances de base et spécifiques solides/ respect des procédures / compétences relationnelles /expérience	Non		Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), au travers des questions posées, des réactions face aux situations de soins rencontrées	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), Les méthodes d'analyse de causes, L'enquête de pratique	Oui
18	Un professionnel compétent est pour moi, un professionnel qui mobilise ses connaissances théoriques et pratiques, son expérience dans une situation bien précise;	Non	pour une fiche de poste existe avec les activités et les qualités requises pour exercer dans l'unité.	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les contrôles de connaissances, Les entretiens annuels d'évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), L'audit clinique, L'audit clinique ciblé	Oui
19	Pluridisciplinaire Savoir-faire Qualité humaines	Oui	Dans les actes infirmiers liés à la prise en charge d'un patient greffé : Transfusions sanguines + pose et surveillance greffon Manipulations sur KT central Préparation et pose de chimiothérapies Compétences relationnelles dans le cadre d'une écoute, de la détection de problèmes psychologiques, sociaux. Soins de nursings, liés ou non à la prise en charge d'une GVH aigue.	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	L'auto-évaluation, Les contrôles de connaissances		Oui
20	c'est un professionnel qui maîtrise ses missions dans les situations diverses qu'il rencontre. Il sait s'adapter et anticiper	Oui	Connaissances et prise en charges des complications liées à la chimiothérapie HD. Maîtriser la transfusion d'une greffe de cellule souche. Connaissances et prise en charge des chimiothérapies HD. Education du patient et de sa famille à l'isolement. Connaitre le fonctionnement des flux ainsi que les actions à mettre en place en cas de panne	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	L'auto-évaluation, L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)	La revue de morbidité et de mortalité (RMM), Le chemin clinique (CC), Le programme d'amélioration continue de la qualité (PAQ), L'audit clinique ciblé, L'enquête de pratique	Oui

N°	Si oui, pouvez-vous m'indiquer en quelques mots ce qu'il évoque pour vous ?	Avec les affirmations suivantes, concernant le DPC, pouvez-vous indiquer votre avis.						Pensez-vous que la démarche JACIE peut être intégrée dans le DPC ?	Prélevez pourquoi.	Concernant l'accréditation JACIE du service dans lequel vous exercez, s'agit-il :	Prélevez les dates d'accréditation et/ou de ré-accréditation.	Le service est-il accrédité pour :	Êtes-vous engagé(e) dans la démarche JACIE depuis le début de sa mise en route dans le service :
		Il comporte de l'EPP	C'est un outil de pérennisation des compétences	Il comporte de la formation continue	Il améliore le travail en équipe	Il ne sert à rien	Il permet de développer les compétences						
1		Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	La démarche qualité/certification JACIE s'intègre dans un processus de développement professionnel continu, à partir du moment où l'agent est intéressé par JACIE. De plus, les critères de certification fait la part belle aux démarches de formation et d'évaluation.	D'une accréditation initiale	Accréditation fin 2011	Autogreffe adulte	Oui
2	DPC fait partie de la loi HPST pour permettre une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (par les EPP) tout en formant le personnel en continu. C'est un outil de développement des compétences. Elle est obligatoire pour tous professionnels de santé une fois par an.	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	La démarche JACIE a le même objectif que le DPC. Son but est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les protocoles sont fait avec l'équipe. Les deux différences c'est que l'accréditation JACIE n'a pas lieu tout les ans (le travail des groupes lui est en continu) et que les professionnelles ne vont pas en formation à la suite de cette accréditation.	D'une ré-accréditation	mars-13	Allogreffe adulte, Autogreffe adulte	Non
3		Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Oui	JACIE peut être un outil au service du DPC avec comme objectif la qualité et la sécurité des soins	D'une accréditation initiale		Allogreffe adulte, Autogreffe adulte	Non
4	Système obligatoire permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins à travers l'évaluation des pratiques et la formation continue	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Oui	JACIE est un système qualité permettant d'assurer la sécurité des patients et des soignants. Il permet d'harmoniser les pratiques et de les améliorer en analysant les pratiques.	D'une ré-accréditation	Accréditation 2006 Nouvelle accréditation : janvier 2013	Autogreffe pédiatrique	Non
6	c'est un dispositif qui permet de développer les compétences par la formation, l'analyse de pratique et l'analyse des situations. C'est une obligation	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	La démarche Jacie contribue au développement des compétences par la recherche d'amélioration des pratiques et PEC. Les déclarations d'anomalies et/ou EI et leur analyse lors de la revue d'anomalie permettent d'élaborer un plan d'action. Cela sensibilise et entraîne les soignants dans une démarche de réflexion sur le fonctionnement de l'unité. Attention tout de même car risque d'être trop dans l'application de procédures sans réflexion	D'une ré-accréditation	accréditation depuis 2005	Allogreffe adulte, Allogreffe pédiatrique, Autogreffe adulte	Non
8	un dispositif lourd , la possibilité pour chaque agent de se former avec un aspect d'obligation	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Oui	car JACIE est une professionnalisation des circuits de greffes avec un contrôle à chaque étapes des compétences le programme permet et oblige la formation du personnel	D'une ré-accréditation	2010 2013	Allogreffe adulte, Autogreffe adulte	Oui
7	formation continue en lien avec spécificité des patients pris en charge	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	developement des compétences spécifiques	D'une ré-accréditation	2011	Allogreffe adulte, Allogreffe pédiatrique, Autogreffe adulte	Non
8	il s'agit de la formation obligatoire pour les professionnels de santé instaurée par la loi HPST. Il associe la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Oui	Car la démarche Jacie est basée sur les compétences des soignants avec la nécessité d'une formation continue et de réalisation d'EPP.	D'une ré-accréditation	2007 puis 2012	Autogreffe pédiatrique	Non
9	Je suppose que c'est l'évolution d'un professionnel dans le temps et son évolution dans son parcours professionnel... Si à au fil du temps développer des compétences particulières propres au service ou de manière individuelle.	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	Oui car c'est un regroupement de connaissances mais aussi d'expériences de chacun qui font la qualité de la démarche Jacie.	D'une ré-accréditation	2012 pour la dernière	Allogreffe adulte, Allogreffe pédiatrique	Oui
10		Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	car c'est un outil professionnel consultable a n'importe qu'elle moment qui retrace des pratiques ,des consignes dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge	D'une accréditation initiale		Allogreffe adulte	Oui

N°	Si oui, pouvez-vous m'indiquer en quelques mots ce qu'il évoque pour vous ?	Avec les affirmations suivantes, concernant le DPC, pouvez-vous indiquer votre avis.					Pensez-vous que la démarche JACIE peut être intégrée dans le DPC ?	Préférez pourquoi.	Concernant l'accréditation JACIE du service dans lequel vous exercez, s'agit-il :	Préférez les dates d'accréditation et/ou de ré-accréditation.	Le service est-il accrédité pour :	Êtes-vous engagé(e) dans la démarche JACIE depuis le début de sa mise en route dans le service :	
		Il s'oppose de l'EPP	C'est un outil de pérennisation des compétences	Il s'oppose de la formation continue	Il améliore le travail en équipe	Il ne sert à rien							Il permet de développer les compétences
11	terminologie que je ne connais pas mais je suppose qu'il s'agit de l'accompagnement du professionnel, tout au long de son parcours professionnel, dans l'acquisition et/ou le développement de compétences / savoir faire ; cela peut passer par des formations théoriques mais aussi pratiques, un parcours professionnalisant (passage dans différents secteurs afin d'acquérir une vision globale du processus)	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	dans la formalisation de processus : modalités d'intégration d'un professionnel, formations obligatoires, mise à disposition d'un banque de données pour le professionnel ( consultation aisée des procédures...)	D'une ré-accréditation	ré accréditation en 2013 pour l'antériorité je n'étais pas en poste	Allogreffe adulte	Non
12	développement des compétences tout au long de sa carrière	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Oui	formation continue en hématologie : permet d'actualiser ses connaissances, intégration des nouveaux arrivants. Dans JACIE il y également des EPP.	D'une ré-accréditation	2008 : accréditation 2011: ré accréditation	Allogreffe adulte, Allogreffe pédiatrique, Autogreffe adulte	Non
13	c'est un dispositif nouveau pour tous les professionnels de santé qui au travers d'analyse de pratiques , approfondissement des connaissances permet l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'évaluation des compétences	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Non		D'une ré-accréditation	janv-13	Allogreffe adulte, Allogreffe pédiatrique	Non
14	demande perso de formations adaptées formation obligatoire	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	formation continue	D'une ré-accréditation	févr-13	Allogreffe adulte, Autogreffe adulte	Oui
15	maintenance et développement des compétences tout au long de la carrière	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	même but : amélioration et sécurisation des pratiques	D'une ré-accréditation	accréditation : 2002 ré accréditation : 2005, 2008, 2013	Allogreffe adulte, Autogreffe adulte	Oui
16	formation, accompagnement, évolution professionnelle (compétences), tutorat et tutoré, amélioration des pratiques.	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	Il est complémentaire. Jacie demande la formation continue des agents et leur développement professionnel	D'une ré-accréditation	dernière accréditation 2012	Allogreffe adulte, Allogreffe pédiatrique, Autogreffe adulte, Autogreffe pédiatrique	Oui
17	responsabiliser les agents sur le parcours de formation à réaliser mais je pense que l'on n'a pas les moyens de cette belle ambition...	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	formalisation de tous les circuits, des pratiques soignantes donc gain en compétences.	D'une accréditation initiale	2008	Allogreffe pédiatrique	Oui
18	Pour moi c'est plusieurs stratégies combinées pour mettre en avant et préciser l'évolution des compétences des soignants.	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	La démarche Jacie permet d'avoir une démarche d'amélioration et de développement par la qualité, le DPC permet le développement des compétences et donc la qualité. La finalité est la même ; l'élevation de la qualité de la prise en charge.	D'une ré-accréditation	2005 pour la première et 2012 pour la deuxième.	Autogreffe pédiatrique	Oui
19	La formation continue des professionnels de santé afin de développer et évaluer leurs compétences	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Non		D'une ré-accréditation		Allogreffe adulte, Allogreffe pédiatrique, Autogreffe adulte	Non
20	Formation continue obligatoire du personnel tout au long de sa carrière, dans un métier où les techniques, les connaissances et les pratiques sont en constante évolution avec réalisation d'EPP. Cela permet le développement de ses compétences.	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Oui	Il s'agit d'une démarche qui garanti et fait évoluer la qualité des pratiques au sein de l'unité de greffe. Elle est réalisée en fonction des évolutions et permet une transmission au sein de l'équipe. Elle permet à l'équipe de maintenir ses compétences mais également dans acquérir de nouvelles.	D'une ré-accréditation	Accréditation initiale: 2006 Ré-accréditation: 2012	Autogreffe pédiatrique	Non

N°	Si non, depuis quand y participez-vous ?	Avez-vous eu une (des) formation(s) afin de vous aider à la mise en place de cette accréditation ?	Si oui, laquelle (lequelles) ?	Pouvez-vous préciser les membres de l'équipe projet ?	Pour le service qualité et les membres de l'équipe paramédicale, précisez combien de personnes et leur fonction.	Selon vous, la démarche d'accréditation JACIE a été perçue par l'équipe de l'unité comme:								Comment avez-vous envisagé «votre justification» ?	Cela concerne-t-il ?
						Une surcharge de travail	Une façon d'améliorer ces pratiques	Une contrainte	Une remise en question des façons de faire	Une source de soins de qualité	Un contrôle supplémentaire	Une sécurisation supplémentaire	Une manière de s'assurer de leurs compétences		
1		Non		Chef de service, Service qualité	Une personne référente pour le service qualité, Une personne paramédicale référente JACIE.	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Document de traçabilité des auto-évaluations, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les infirmières
2	Depuis mon retour de congés maternité en 2008	Non		Médecin référent de l'unité, Chef de service, Autres cadres de santé, Membres de l'équipe paramédicale, diététicienne, service hygiène sont consultés	4 IDE dont 1IDE de recherche clinique et 1IDE coordination des greffe, 1 AS	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux, ASH
3	1 an	Non		Médecin référent de l'unité, Service qualité, Autres cadres de santé	service qualité 2 personnes	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Traçabilité des EPP réalisées, Document de traçabilité des auto-évaluations	Les deux
4	J'y suis engagée depuis la mise en route de la reaccréditation	Non		Médecin référent de l'unité, Service qualité, Autres cadres de santé	Seulement 1 médecin et 1 cadre de santé en charge de ce programme avec une aide méthodologique du département qualité	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques, Traçabilité des EPP réalisées, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les infirmières, puéricultrice
6	septembre 2010 date de ma prise de fonction	Non	seule formation : gestion des risques mais pas spécifique à Jacie	Médecin référent de l'unité, Chef de service, Service qualité, Autres cadres de santé, 1 ide coordinatrice de greffe en hématologie depuis 2012	2 cadres de santé 1 qualicienne 1 ide coordinatrice de greffe en hématologie	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques, Traçabilité des EPP réalisées, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux, cadre, psychologue
8		Oui	une rencontre avec un autre CHU accrédité	Médecin référent de l'unité, Chef de service		Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Traçabilité des EPP réalisées, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux
7	arrivée dans secteur	Non		Médecin référent de l'unité, Chef de service, Service qualité, Autres cadres de santé	ingénieur qualité cadre de santé cadre supérieur de santé	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques, Traçabilité des EPP réalisées, Document de traçabilité des auto-évaluations, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux, ash
8	depuis 2009	Non		Médecin référent de l'unité, Membres de l'équipe paramédicale	l'infirmière référente des pratiques de soins	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques, Traçabilité des EPP réalisées, Document de traçabilité des auto-évaluations, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux, médecins
9		Non		Médecin référent de l'unité, Chef de service, Autres cadres de santé, Membres de l'équipe paramédicale	1 infirmier et 1 aide soignant	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Traçabilité des EPP réalisées, Document de traçabilité des auto-évaluations, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux
10		Non		Chef de service, Service qualité, Autres cadres de santé, Ingénieur qualité	une infirmière référente JACIE	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques, Traçabilité des EPP réalisées, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux

N°	Si non, depuis quand y participez-vous ?	Avez-vous eu une (des) formation(s) afin de vous aider à la mise en place de cette accréditation ?	Si oui, laquelle (lesquelles) ?	Pouvez-vous préciser les membres de l'équipe projet ?	Pour le service qualité et les membres de l'équipe paramédicale, précisez combien de personnes et leur fonction.	Selon vous, la démarche d'accréditation JACIE a été perçue par l'équipe de l'unité comme:								Comment avez-vous envisagé « cette justification » ?	Cela concerne-t-il ?
						Une surcharge de travail	Une façon d'améliorer ses pratiques	Une contrainte	Une remise en question des façons de faire	Une source de soins de qualité	Un contrôle supplémentaire	Une déqualification supplémentaire	Une manière de s'assurer de leurs compétences		
11	2012	Non		Médecin référent de l'unité, Autres cadres de santé	1 cadre supérieur. 2 cadres de proximité 1 ingénieur médecins	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Traçabilité des EPP réalisées, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux
12	2009	Oui	compagnonage	Médecin référent de l'unité, Service qualité, Autres cadres de santé, secrétaire	1 ingénieur qualité à 20% 3 cadres de santé	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Traçabilité des EPP réalisées, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux, cadre
13	depuis 5 ans	Non		Médecin référent de l'unité, Chef de service, Service qualité, Autres cadres de santé	Equipe paramédicale : cadre de santé avec une infirmière référente, Service qualité : Ingénieur qualité	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Traçabilité des EPP réalisées, Attestation de présence aux formations, congrès... fiche de qualification après intégration	Les deux
14		Non		Médecin référent de l'unité, Service qualité, Membres de l'équipe paramédicale	un PUPH un Adjoint des Cadres une secrétaire médicale un PH un PH, aide d'une qualifiée	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Traçabilité des EPP réalisées, Document de traçabilité des auto-évaluations, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux
15		Non		Médecin référent de l'unité, Chef de service, Service qualité, Autres cadres de santé, Membres de l'équipe paramédicale	service qualité : 1 asd : 1 ide : 3 ods : 3	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques, Document de traçabilité des auto-évaluations, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux
16		Oui	Information et réunions par la qualifiée s'occupant du JACIE	Médecin référent de l'unité, Chef de service, Service qualité, Autres cadres de santé, Membres de l'équipe paramédicale	1 AS et 1 IDE référents, un qualifié (20%)	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux, ASH
17		Non		Médecin référent de l'unité, Chef de service, Service qualité, Autres cadres de santé, responsable thérapie cellulaire et EFS	un petit bout d'ingénieur...	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Traçabilité des EPP réalisées, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux
18		Non		Médecin référent de l'unité, Chef de service, Service qualité, Autres cadres de santé	service qualité : 1 ingénieur qualité	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques, Traçabilité des EPP réalisées, Document de traçabilité des auto-évaluations	Les infirmières
19		Non		Médecin référent de l'unité, Autres cadres de santé, Membres de l'équipe paramédicale	deux infirmières et une AS référentes	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les deux
20	Pour la deuxième phase	Non		Médecin référent de l'unité, Chef de service, Autres cadres de santé, Membres de l'équipe paramédicale	infirmière chargée de la qualité des soins dans l'unité	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Rapport d'entretien annuel d'évaluation, Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques, Traçabilité des EPP réalisées, Document de traçabilité des auto-évaluations, Attestation de présence aux formations, congrès...	Les infirmières

N°	Quels sont les moyens que vous utilisez afin de maintenir les compétences des professionnels de l'unité ?	Si vous avez coché formation continue à la question précédente, de quel type est-elle ?	Précisez les types de congrès ou thèmes de formation.	Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour l'institution ?				Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour le professionnel ?				Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour le patient ?			
				Apport de soins de qualité et sécurités	Développement de la performance	Polyvalence (capacité à occuper plusieurs postes de travail)	Employabilité (capacité à être affecté à un nouvel emploi)	Développement des capacités d'adaptation et d'initiative	Amélioration de la satisfaction au travail par la sensation du travail bien fait	Reconnaissance extérieure d'un travail de qualité	Motivation accrue	Source de soins de qualité	Confiance	Sentiment de sécurité par l'uniformisation des pratiques	Meilleure adhésion aux traitements
1	Evaluation des pratiques professionnelles	Formation interne au service	Formations médicales sur les pathologies hématologiques, les techniques d'autogreffes, ...	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait en désaccord
2	Formation continue	Formation interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation interne au service	Congrès en hématologie à tours pratique hygiène, DU soins palliatif, DU douleur.. En formation interne nous avons mis en place dans le service des cours dispensés par les médecins au personnel paramédical et obligatoire pou tout nouvel agent. Un thème par mois et deux lundi de suite	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord
3	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Formation interne Institutionnelle, Participation à des congrès		Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord
4	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Participation à des congrès, Formation interne au service	EBMT	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt en désaccord
5	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Formation interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation interne au service	sfh, afftch, ebmt, soirées à thèmes: risque infectieux, hygiène, pathologies hémat, suivi de greffe, conditionnements, extravasation, thérapies ciblées, douleur, fin de vie, relation soignant soigné, gestion du stress, gestion des risques, hémovigilance affsu, sécurité incendie	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
6	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Formation interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation interne au service		Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
7	Formation continue	Formation interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation interne au service	sfh	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord
8	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Formation interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation interne au service	Congrès de l'EBMT Formation sur la chimiothérapie à haute dose, les VVC	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt en désaccord
9	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Formation interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation interne au service	Toujours en rapport avec la greffe de moelle Après je pense que Pour des formations plus personnelles il faut se documenter... Ce que je trouve parfois pénible c'est qu'il faut toujours que les formations aient un lien direct avec le service dans lequel nous travaillons. C'est difficile de pouvoir ouvrir son champ d'action de manière plus large.	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord
10	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Formation interne Institutionnelle, Formation interne au service	formation sur hygiène sur la sécurité des médicaments sur les dispositif kit sur la douleur	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord

N°	Quels sont les moyens que vous utilisez afin de maintenir les compétences des professionnels de l'unité ?	Si vous avez eu de la formation continue à la question précédente, de quel type est-elle ?	Précisez les types de congrès ou thèmes de formation.	Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour l'institution ?				Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour le professionnel ?				Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour le patient ?			
				Apport de soins de qualité et sécurisés	Développement de la performance	Polyvalence (capacité à occuper plusieurs postes de travail)	Employabilité (capacité à être affecté à un nouvel emploi)	Développement des capacités d'adaptation et d'initiative	Amélioration de la satisfaction au travail par la sensation du travail bien fait	Reconnaissance extérieure d'un travail de qualité	Motivation accrue	Source de soins de qualité	Confiance	Sentiment de sécurité par l'uniformisation des pratiques	Mieux adhésion aux traitements
11	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles, réunion pluriprofessionnelle	Formation Interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation Interne au service	congrès d'hématologie/greffe (on a une activité mixte) formations générales (douleur - soins palliatifs - accompagnement patient et ou famille ....) cours dispensés au sein du service par les médecins (à partir d'une situation clinique)	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt en désaccord
12	Formation continue	Participation à des congrès, Formation Interne au service	EBMT, SFH, AFICTH en ce qui concerne la formation continue, je suis responsable de sa mise en oeuvre. si vous voulez le plan de formation je peux vous l'envoyer en pièce jointe	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord
13	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Formation Interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation Interne au service	congrès hématologie, journée de formation en interne sur les thématiques d'hématologie, relation d'aide, soins palliatifs, douleur hygiène	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord
14	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Participation à des congrès, Formation Interne au service	AFICTH SFH	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
15	Formation continue	Formation Interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation Interne au service	EBMT Formations : journée d'hématologie, sécurité dans les soins,...	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord
16	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles, réunion d'info, de travail, cours	Formation Interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation Interne au service	EBMT et post EBMT	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord
17	Formation continue, Audit	Formation Interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation Interne au service	congrès SFCE/SFASPI cours allogreffe/	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord
18	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Formation Interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation Interne au service	EBMT, journée oncologie pédiatrique organisé par le réseau partenaire, formation en hygiène, formation au sein des unités des changements de pratiques..	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord
19	Formation continue	Formation Interne Institutionnelle, Formation Interne au service	Formation douleur, soins palliatifs, KT, gestes d'urgence, incendie	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord
20	Formation continue, Evaluation des pratiques professionnelles	Formation Interne Institutionnelle, Participation à des congrès, Formation Interne au service	EBMT, Formation douleur, soins palliatifs, KT, gestes d'urgence	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait à d'accord	Plutôt d'accord

N°	Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau du professionnel ?					Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau du cadre de santé ?					Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau institutionnel ?				
	Acceptation de la remise en question	Reconnaissance externe par ses pairs ou ses supérieurs	La motivation	L'implication	La cohésion d'équipe	Installation d'une relation de confiance	Proposition de cette démarche comme source de construction professionnelle	Position neutre de l'évaluateur	Animation, communication	Favoriser la réflexion sur l'expérience professionnelle	Politique d'EPP affirmée	Autonomie des professionnels	Formation continue effective	Souplesse afin de développer les capacités d'adaptation des professionnels	Développement des compétences en prenant appui sur l'exercice réel du travail
1	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord
2	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
3	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
4	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
5	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
6	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en désaccord
7	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
8	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
9	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord
10	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord

N°	Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau du professionnel ?					Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau du cadre de santé ?					Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche, au niveau institutionnel ?				
	Aoception de la remise en question	Reconnaissance externe par ses pairs ou ses supérieurs	La motivation	L'implication	La cohésion d'équipe	Institution d'une relation de confiance	Proposition de cette démarche comme source de construction professionnelle	Position neutre de l'évaluateur	Animation, communication	Favoriser la réflexion sur l'expérience professionnelle	Politique d'EPP affirmée	Autonomie des professionnels	Formation continue effective	Souplesse afin de développer les capacités d'adaptation des professionnels	Développement des compétences en prenant appui sur l'exercice réel du travail
11	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
12	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
13	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord			
14	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
16	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
18	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord
17	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord
18	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord
19	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord
20	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt d'accord

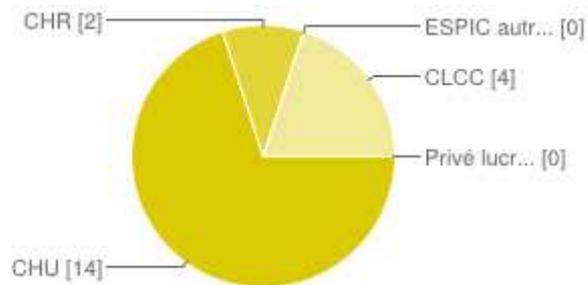
N°	Quelle sont, selon vous, les inconvénients, défauts de cette démarche ?	Avez-vous des remarques complémentaires ? Elles seront les bienvenues!	Vous êtes:	Précisez l'année de diplôme.	Depuis quand exercez-vous à ce poste, au sein de cette unité :	Votre âge:	Votre lieu d'exercice :
1	Dans un contexte général de surcharge de travail, l'accréditation JACIE est page de qualité et de garanti par les patients, mais aussi d'investissement important pour les professionnels de santé. La lourdeur des recommandations et des critères à respecter ne s'inscrivent pas forcément dans la politique d'établissement.		Faisant fonction de cadre de santé	2003	1 à 2 ans	30-35 ans	CHU
2	travail supplémentaire donc l'équipe revient sur le temps personnel		Faisant fonction de cadre de santé	IDE 2003	3 à 5 ans	35-40 ans	CHU
3			Cadre de santé	2006	1 à 2 ans	35-40 ans	CHU
4	Cette démarche n'est que profitable pour les soignants et les personnes impliquées, même s'il s'agit d'un travail continu, parfois décourageant. Une aide méthodologique est utile pour des personnes non expertes et permettant d'adapter cette démarche à la pratique courante.	Mettre en place un système vivant au quotidien et transmissible.	Cadre de santé	2002	3 à 5 ans	35-40 ans	CLCC
5	1) le manque de sens de cette démarche peut être un frein pour les soignants qui peuvent vivre cette démarche comme une contrainte 2) les difficultés liées au manque de communication (par ex. importance des retours des revues d'anomalies aux équipes et du plan d'action et réalisation) 3) les actions non réalisées et/ou non suivies sont un frein	Je pense qu'il est nécessaire de recentrer cette démarche sur la qualité des soins attendus et développement des compétences afin de ne pas noyer les agents la culture de la traçabilité pour les agents est importante dans cette démarche, il faut donc en prendre compte dans la gestion de l'équipe faire cohabiter rigueur et exigences au travail et stress, fatigue, parfois sentiment de frustration // qualité du travail	Cadre de santé	2009 en fonction depuis septembre 2010 en hémalso soit 2 ans 1/2 dans un CHRU	3 à 5 ans	35-40 ans	CHR
6	la lourdeur, peu d'aide de l'institution, conflit parfois avec les procédures internes		Cadre de santé	2003	7 à 10 ans	50 à 55 ans	CHU
7	chronophage implication modérée de certain membre de l'équipe médicale		Cadre de santé	2000	1 à 2 ans	50 à 55 ans	CHU
8	Cette démarche si on veut la réaliser de manière optimale demande beaucoup de temps et de moyens. Moyens pas toujours fournis par l'institution.	Démarche très positive qui permet aux équipes de réfléchir sur leur pratique et de faire évoluer la prise en charge. Projet moteur pour l'équipe qui impulse une démarche d'amélioration de la qualité et qui sécurise les professionnels.	Faisant fonction de cadre de santé	2002	3 à 5 ans	30-35 ans	CLCC
8	Le manque de temps souvent... De chacun.	Il est très difficile actuellement de monter des projets de soins dans les services... Il y a moins de monde... Travailler sur des projets c'est accepter de travailler sur son temps personnel... Tout le monde n'est pas prêt à cela... Ensuite il est de plus en plus difficile de se retrouver autour d'une table au travail pour travailler... Il y a de nombreux projets en cours, ou pire qui sont restés en suspend, par manque aussi de motivation.	Cadre de santé	1994	Plus de 10 ans	35-40 ans	CHR
10	la complexité de la démarche		Faisant fonction de cadre de santé	2007	3 à 5 ans	40 à 45 ans	CHU

N°	Quels sont, selon vous, les inconvénients, défauts de cette démarche ?	Avez-vous des remarques complémentaires ? Elles seront les bienvenues!	Vous êtes:	Précisez l'année de diplôme.	Depuis quand exercez-vous à ce poste, au sein de cette unité :	Votre âge:	Votre lieu d'exercice :
11	lourdeur dans la mise en place mise à jour en temps réel des procédures		Cadre de santé	2004	3 à 5 ans	45 à 50 ans	CHU
12	manque de cohérence entre les contraintes de cette démarche et les moyens alloués (remplacement pour congrès et PC, remplacement des agents de travail) pour maintenir une prise en charge de qualité) cela a ses limites	malgré tout la démarche JACIE permet d'avoir des IDE experts et compétents, motivés et impliqués	Cadre de santé	2009	3 à 5 ans	45 à 50 ans	CHU
13	démarche qui nécessite de la coordination , charge de travail importante pour la formalisation parfois certains critères présentent peu d'intérêt	démarche qui développe la culture qualité au sein des équipes	Cadre de santé	1998	3 à 5 ans	40 à 45 ans	CHU
14	PAS ASSEZ DE PRESENCES DES AUDITEURS POUR VIVRE LA REALITE AU QUOTIDIEN		Cadre de santé	1995	6 à 7 ans	50 à 55 ans	CHU
15	Implication importante du CDS afin d'être moteur dans la démarche		Cadre de santé	2008	3 à 5 ans	35-40 ans	CHU
16	Temps nécessaire à faire vivre le projet		Cadre de santé	2010	3 à 5 ans	40 à 45 ans	CHU
17	lourdeur du travail à effectuer pour le medecin et le cadre qui portent beaucoup le projet et très peu de soutien de l'administration.. ni du cadre supérieur...	cela m'a permis de gagner une cohérence d'équipe , de travailler sur l'encadrement des nouveaux agents et de gagner de la compétence...	Cadre de santé	1989	Plus de 10 ans	50 à 55 ans	CHU
18	Pour la mener à bien et en tirer le maximum de bénéfice il me semble que le temps est un inconvénients majeur. Avoir le temps de la mener est élément important de réussite.		Faisant fonction de cadre de santé	2006	1 à 2 ans	25-30 ans	CLOC
19	Le caractère obligatoire, entraînant une remise en question si l'agent ne souhaite pas participer à la formation continue, ou à la formation sur des domaines différents. La surcharge de travail (ie à l'insaturation, puis à la tracabilité). La surcharge pour l'agent qui va aller en formation, souvent sur ses jours de repos, car peu de possibilité en cas de sous effectif.		Faisant fonction de cadre de santé	2005	1 à 2 ans	25-30 ans	CHU
20	La lourdeur du maintien de cette démarche active		Cadre de santé	2009	3 à 5 ans	45 à 50 ans	CLOC

## Annexe 12 : Résultats du questionnaire (graphiques)<sup>132</sup>

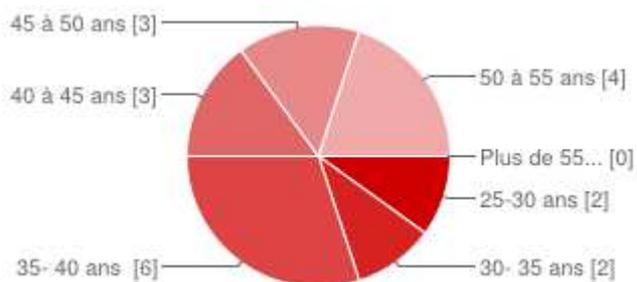
### L'identification de la population

#### Votre lieu d'exercice :



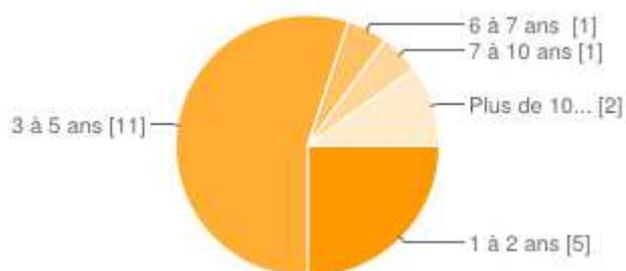
CHU	14	70%
CHR	2	10%
ESPIC (autre que CLCC)	0	0%
CLCC	4	20%
Privé lucratif	0	0%

#### Votre âge:



25-30 ans	2	10%
30-35 ans	2	10%
35-40 ans	6	30%
40-45 ans	3	15%
45-50 ans	3	15%
50-55 ans	4	20%
Plus de 55 ans	0	0%

#### Depuis quand exercez-vous à ce poste, au sein de cette unité :

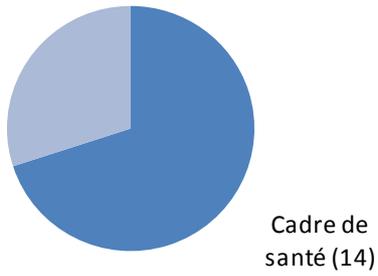


1 à 2 ans	5	25%
3 à 5 ans	11	55%
6 à 7 ans	1	5%
7 à 10 ans	1	5%
Plus de 10 ans	2	10%

<sup>132</sup> Les réponses données ont été intégralement retranscrites sans correction des fautes d'orthographe.

**Vous êtes:**

FFCS (6)



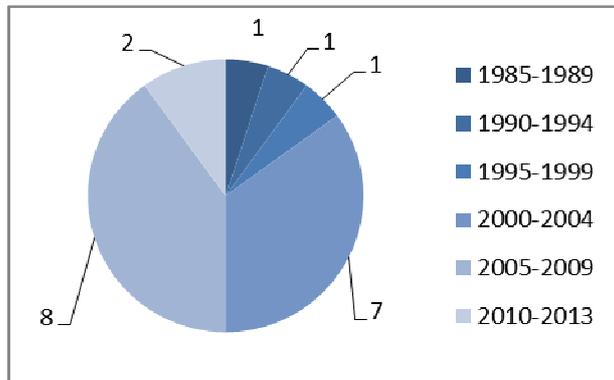
Cadre de santé	14	70%
Faisant fonction de cadre de santé (FFCS)	6	30%
Cadre supérieur de santé	0	0%
Autre	0	0%

**Précisez l'année de diplôme :**

- 2009
- 2007
- 2009
- 2010
- 2009
- 2003
- 2008
- 2006
- 2010
- 2005
- 2003
- 1998
- 2002
- 2000
- 1994
- 1989
- 2003
- 2004
- 2002
- 2008

**Précisez l'année de diplôme.**

1985-1989	1
1990-1994	1
1995-1999	1
2000-2004	7
2005-2009	8
2010-2013	2



## Les compétences et leur évaluation

### Comment définiriez-vous un professionnel compétent ?

**N°1** : Une compétence correspond à différents critères qualitatifs et quantitatifs: critères de savoirs, savoir-faire, savoirs-être, l'expérience, l'investissement formatif, le questionnement réflexif, la responsabilité et la confiance de ses pairs (et du supérieur).

Le professionnel possédant toutes ces qualités est un agent ultra-compétent.

**N°2** : Un professionnel compétent est une personne qui maîtrise des actes techniques dans les gestes et qui sait pourquoi il le fait. C'est à dire le but médical, le but psychologique, le bénéfice que cela va apporter au patient

**N°3** : Une personne qui agit en connaissance de causes et capable d'assumer les actes réalisés tout en sachant prévenir en cas de difficultés

**N°4** : Un professionnel compétent est un professionnel capable d'un certain esprit d'analyse avec un sens clinique, connaissant ses limites. Une personne restant professionnelle capable de rester objective.

**N°5** : Un professionnel rigoureux qui se questionne sur ces pratiques et partage ses connaissances et compétences

**N°6** : Pour moi dans le terme professionnel il y a le mot compétence  
Compétence = connaissance de la personne soignée de la pathologie, des thérapeutiques des effets indésirables le tout avec du savoir vivre et de l'empathie

**N°7** : Effectue une prise en charge de qualité et sécuritaire

**N°8** : Il s'agit d'un professionnel qui est capable de mobiliser ces connaissances et d'analyser ses pratiques afin de pouvoir les réajuster si nécessaire.  
Il travaille avec ses collègues et se pose des questions sur le bien-fondé de ses actions.

**N°9** : Un professionnel compétent est une personne qui a de l'expérience mais qui ne reste pas ancre dans son savoir et qui va de l'avant Sur des nouvelles techniques, qui continue à se former, qui se pose des questions sur ses méthodes de travail, qui tente toujours de s'améliorer.

Il faut avoir une bonne écoute, une capacité d'adaptation et une grande ouverture d'esprit... Et être capable d'entendre les remarques et d'en tenir compte.

**N°10** : Une personne sérieuse, attentive, ouverte d'esprit, se remettant en question. Mettant ses compétences au service de l'ensemble du service où elle travaille, proposant ses améliorations ainsi que l'élaboration de protocoles.

**N°11** : C'est un professionnel possédant :

- les connaissances théoriques et pratiques en lien avec son activité
- en capacité de s'autoévaluer
- capable de suivre les évolutions (ne pas être figé dans un schéma)

**N°12** : Un professionnel qui est en capacité de mobiliser ses compétences dans toutes situations et qui permet une prise en charge de qualité dans un cadre établi.

**N°13** : Un professionnel compétent adaptera son savoir, savoir-faire, savoir être aux diverses situations de soins rencontrées

**N°14** : Connaissances de la patho  
Connaissance des protocoles  
Connaissances de l'institution

**N°15** : Capacité à exercer son métier grâce à ses connaissances théoriques et compétences techniques générales et spécifiques à la pathologie du service où il exerce

**N°16** : Un professionnel compétent est une personne qui possède différentes Capacités dans un domaine précis, d'un enseignement précis et spécialisé dans le domaine concerné. Des capacités constatées ou notifiées.

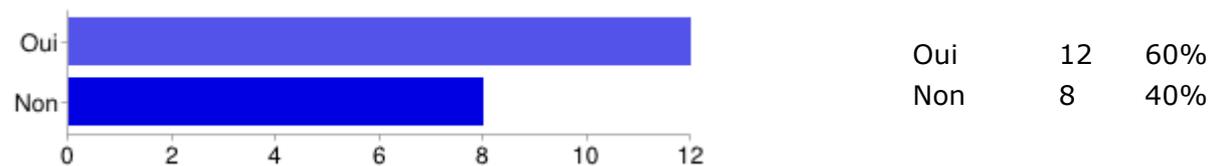
**N°17** : Connaissances de base et spécifiques solides/ respect des procédures / compétences relationnelles /expérience

**N°18** : Un professionnel compétent est pour moi, un professionnel qui mobilise ses connaissances théoriques et pratiques, son expérience dans une situation bien précise

**N°19** : Pluridisciplinaire, Savoir-faire, Qualité humaines

**N°20** : C'est un professionnel qui maîtrise ses missions dans les situations diverses qu'il rencontre. Il sait s'adapter et anticiper

**Avez-vous élaboré un référentiel de compétences spécifique à l'unité de greffe ?**



**Si oui, citez les compétences qui vous semblent les plus pertinentes en lien avec l'activité spécifique de l'unité.**

**N°2** : Compétences :

- la stérilité dans les gestes techniques pansement de ktc, picc line, pac, préparation des perfusions)
- greffe
- connaissance transfusionnelle
- administration des chimiothérapies
- relationnelles
- connaissances des soins de support et orientation si besoin du patient
- connaissance des pathologies

**N°4** : Administration d'une greffe de CSP, Gestion des flux laminaire

**N°5** : 1) Compétences techniques : application rigoureuse des procédures, connaissances et compréhension des thérapeutiques et surveillance, dextérité

2) Compétences relationnelles : savoir concilier une prise en charge technique et relationnelle des patients et familles dans une unité "très riche en procédures"

3) Compétences relatives au sens du travail en équipe avec les différents acteurs de soins

**N°6** : Connaissance des pathologies, les traitements antimitotiques, les transfusions, les effets indésirables

**N°7** : Service très technique avec beaucoup de procédures et de protocoles de soins.

- application des protocoles
- bonne connaissance des produits administrés
- bonne connaissance des effets indésirables, toxicité du a la greffe
- éducation des patients et des nouveaux professionnels

**N°12** : Administration de chimiothérapies, réfection et surveillance de CIV et picline, surveillance d'un patient allogreffé, GVH, pratiques transfusionnelles

**N°13** : Compétences techniques, relationnelles, éducatives

**N°14** : Chimio, sang et dérivés, greffe

**N°15** : Techniques (chimiothérapie, allogreffe, transfusions), théoriques (pathologies), relationnelles (patient, famille, équipe)

**N°16** : Apprécier l'état de douleur et souffrance d'une personne en hématologie, établir une communication adaptée

Mettre en œuvre les droits de l'usager, Organiser son travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire

Participer à la gestion des risques et l'amélioration de la qualité des prises en charge

**N°18** : Non mais pour une fiche de poste existe avec les activités et les qualités requises pour exercer dans l'unité.

**N°19** : Dans les actes infirmiers liés à la prise en charge d'un patient greffé :

Transfusions sanguines + pose et surveillance greffon

Manipulations sur KT central, Préparation et pose de chimiothérapies

Compétences relationnelles dans le cadre d'une écoute, de la détection de problèmes psychologiques, sociaux.

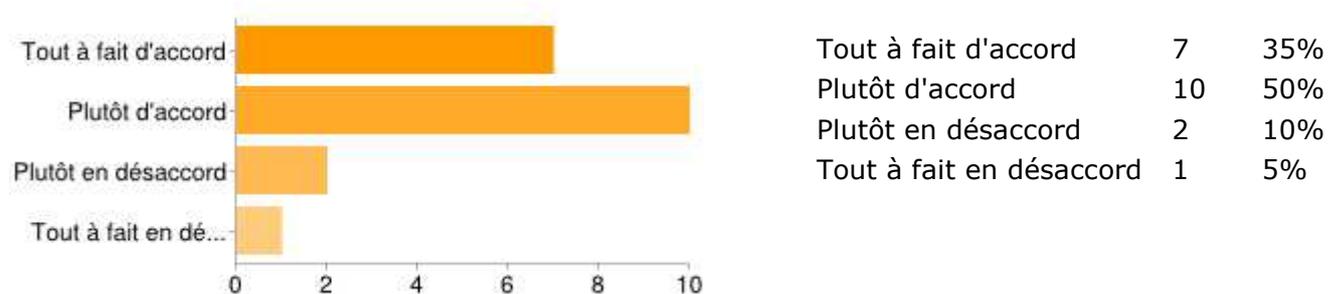
Soins de nursings, liés ou non à la prise en charge d'une GVH aigue.

**N°20** : Connaissances et prise en charges des complications liées à la chimiothérapie HD. Maitriser la transfusion d'une greffe de cellule souche. Connaissances et prise en charge des chimiothérapies HD. Education du patient et de sa famille à l'isolement.

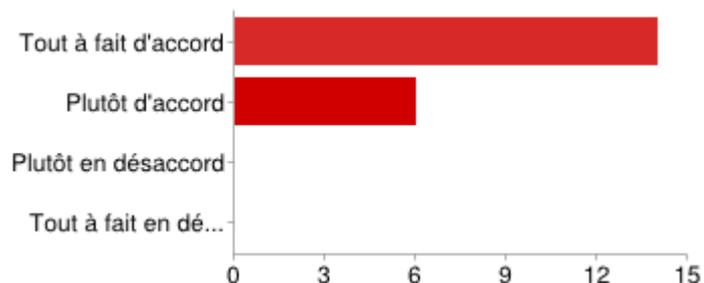
Connaitre le fonctionnement des flux ainsi que les actions à mettre en place en cas de panne

**Pour vous, évaluer les compétences consiste en :**

***Réaliser un contrôle des compétences du collaborateur***

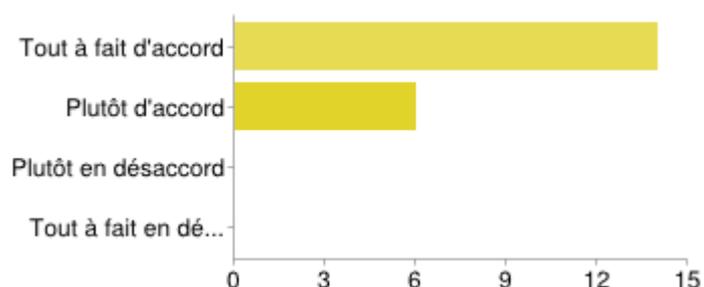


**Accompagner le professionnel dans son questionnement sur la pertinence de ses compétences**



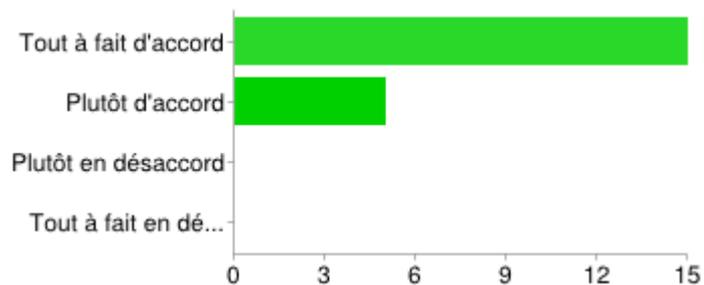
Tout à fait d'accord	14	70%
Plutôt d'accord	6	30%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

**Guider le professionnel vers la construction de nouvelles compétences**



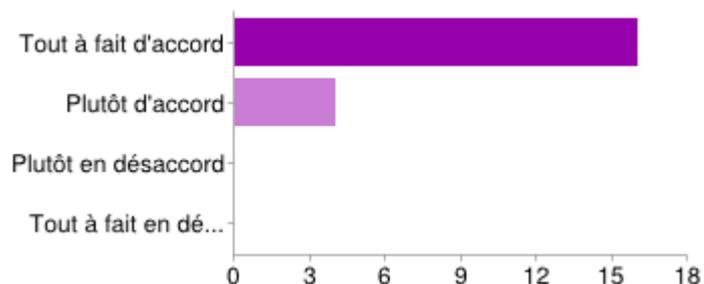
Tout à fait d'accord	14	70%
Plutôt d'accord	6	30%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

**Adapter les formations aux besoins du professionnel**



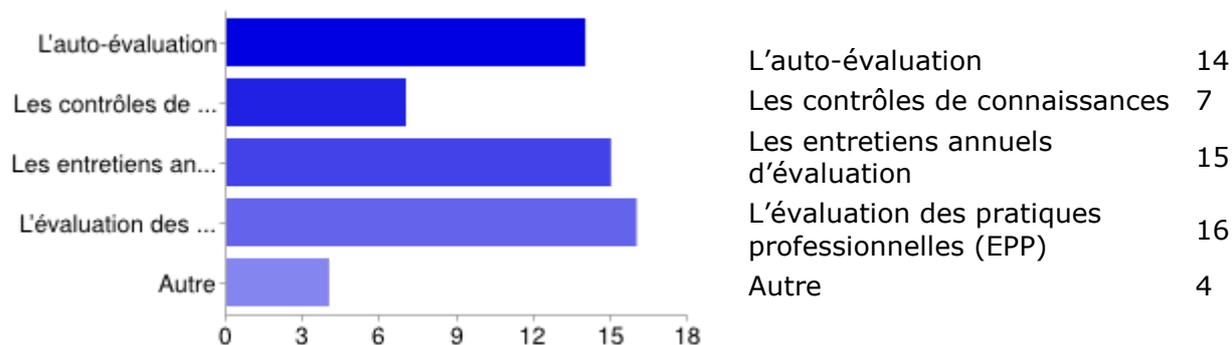
Tout à fait d'accord	15	75%
Plutôt d'accord	5	25%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

**Adapter les formations aux besoins du service**



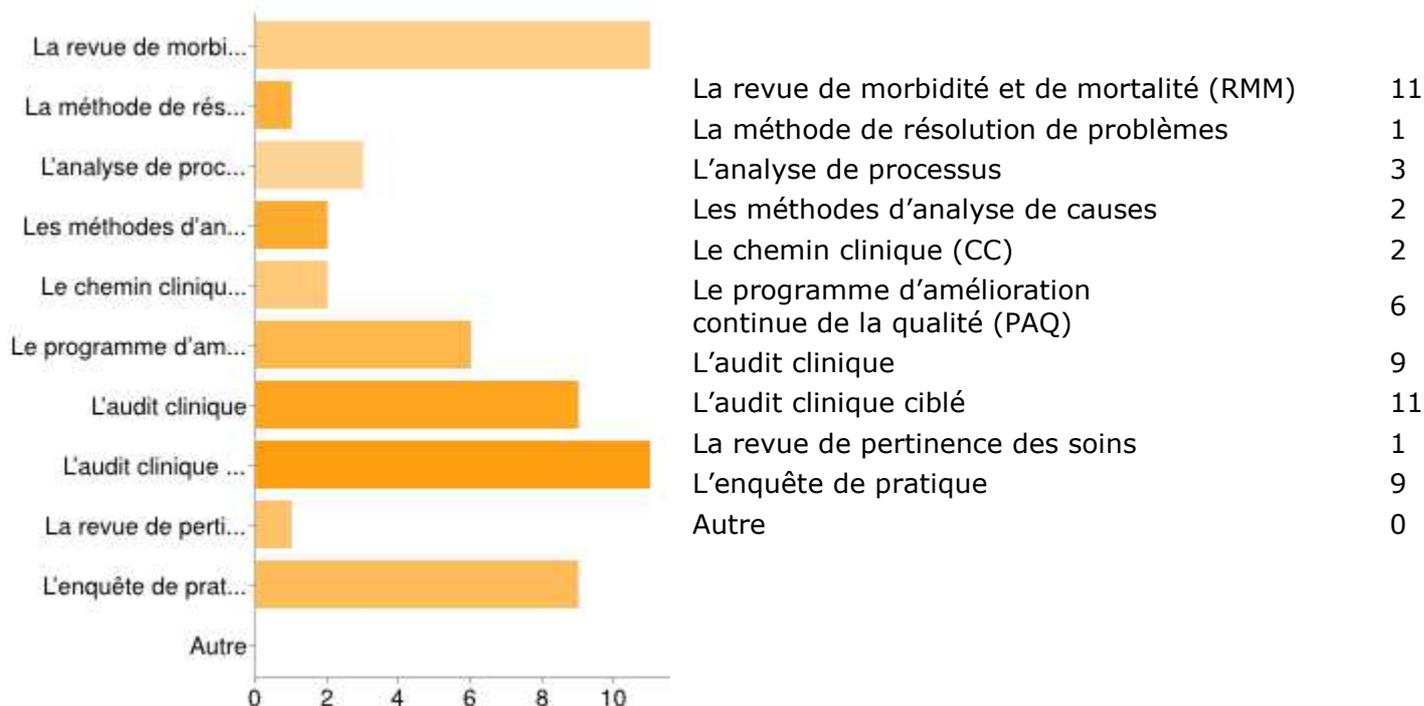
Tout à fait d'accord	16	80%
Plutôt d'accord	4	20%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

**Quels moyens utilisez-vous afin d'évaluer les compétences des membres de l'équipe soignante ?**



Site	Auto-évaluation	Contrôles de connaissances	Entretiens annuels d'évaluation	EPP	Autre
<b>1</b>	x			x	
<b>2</b>	x		x		
<b>3</b>	x		x	x	
<b>4</b>			x	x	Audit de pratique
<b>5</b>	x	x	x	x	auto évaluation au cours de l'entretien annuel et capacité à formuler des besoins en formation
<b>6</b>	x		x	x	
<b>7</b>			x		
<b>8</b>	x	x		x	
<b>9</b>	x		x	x	
<b>10</b>			x	x	
<b>11</b>			x	x	
<b>12</b>		x	x	x	
<b>13</b>	x		x	x	
<b>14</b>	x		x	x	
<b>15</b>	x	x	x		
<b>16</b>	x	x		x	audit
<b>17</b>			x	x	au travers des questions posées, des réactions face aux situations de soins rencontrées
<b>18</b>	x	x	x	x	
<b>19</b>	x	x			
<b>20</b>	x			x	

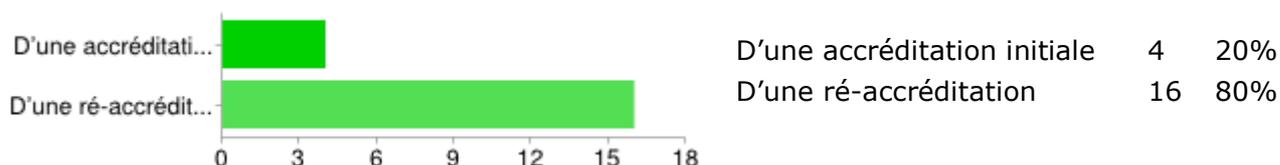
**Si vous avez coché l'évaluation des pratiques professionnelles à la question précédente, pouvez-vous préciser le type d'EPP que vous avez mis en place.**



Site	RMM	Résolution problème	Analyse processus	Analyse cause	CC	PAQ	AC	ACC	Revue pertinence	Enquête pratique
<b>1</b>										X
<b>3</b>	X									X
<b>4</b>	X						X	X		X
<b>5</b>	X		X					X	X	
<b>6</b>	X					X	X			
<b>8</b>							X	X		X
<b>9</b>	X	X	X	X			X	X		
<b>10</b>			X			X	X	X		X
<b>11</b>						X	X	X		
<b>12</b>						X	X			
<b>13</b>	X					X	X	X		
<b>14</b>	X				X			X		X
<b>16</b>	X							X		X
<b>17</b>	X			X						X
<b>18</b>	X						X	X		
<b>20</b>	X				X	X		X		X

## Les généralités sur l'accréditation JACIE

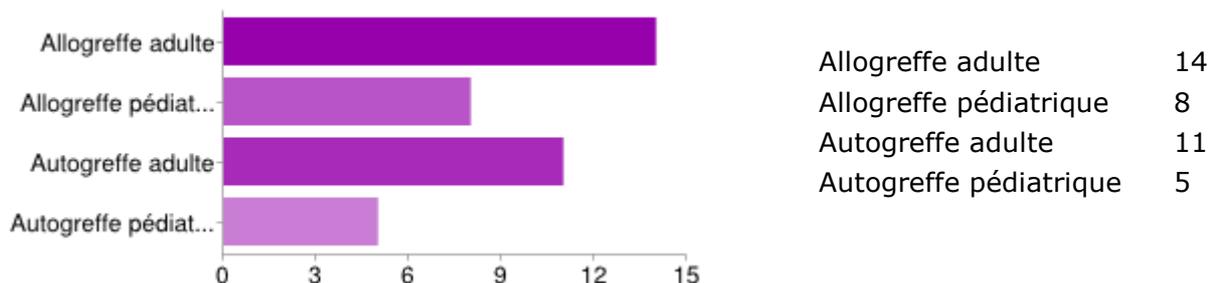
### Concernant l'accréditation JACIE du service dans lequel vous exercez, s'agit-il ?



### Précisez les dates d'accréditation et/ou de ré-accréditation

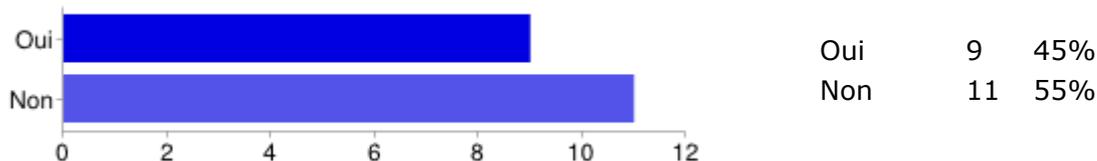
- N°1 : Accréditation fin 2011
- N°2 : Mars 2013
- N°3 : non indiqué
- N°4 : Accréditation 2006 (Nouvelle accréditation : janvier 2013)
- N°5 : accréditation depuis 2005
- N°6 : 2010 puis 2013
- N°7 : 2011
- N°8 : 2007 puis 2012
- N°9 : 2012 pour la ré accréditation
- N°10 : non indiqué
- N°11 : 2013 pour la ré accréditation
- N°12 : 2008 puis 2011
- N°13 : janvier 2013
- N°14 : février 2013 pour la ré accréditation
- N°15 : 2002 puis 2005, 2008, 2013
- N°16 : 2012 pour la ré accréditation
- N°17 : 2008
- N°18 : 2006 puis 2012
- N°19 : non indiqué
- N°20 : 2006 puis 2012

### Le service est-il accrédité pour :



Site	Allogreffe adulte	Allogreffe pédiatrique	Autogreffe adulte	Autogreffe pédiatrique
1			x	
2	x		x	
3	x		x	
4				x
5	x	x	x	
6	x		x	
7	x	x	x	
8				x
9	x	x		
10	x			
11	x			
12	x	x	x	
13	x	x		
14	x		x	
15	x		x	
16	x	x	x	x
17		x		
18				x
19	x	x	x	
20				x

**Etes-vous engagé(e) dans la démarche JACIE depuis le début de sa mise en route dans le service :**



**Si non, depuis quand y participez-vous ?**

N°2 : Depuis mon retour de congés maternité en 2008

N°3 : 1 an

N°4 : J'y suis engagée depuis la mise en route de la ré accréditation

N°5 : Septembre 2010 date de ma prise de fonction

N°7 : Arrivée dans secteur

N°8 : Depuis 2009

N°11 : 2012

N°12 : 2009

N°13 : Depuis 5 ans

N°20 : Pour la deuxième phase

**Avez-vous eu une (des) formation(s) afin de vous aider à la mise en place de cette accréditation ?**



**Si oui, laquelle (lesquelles)?**

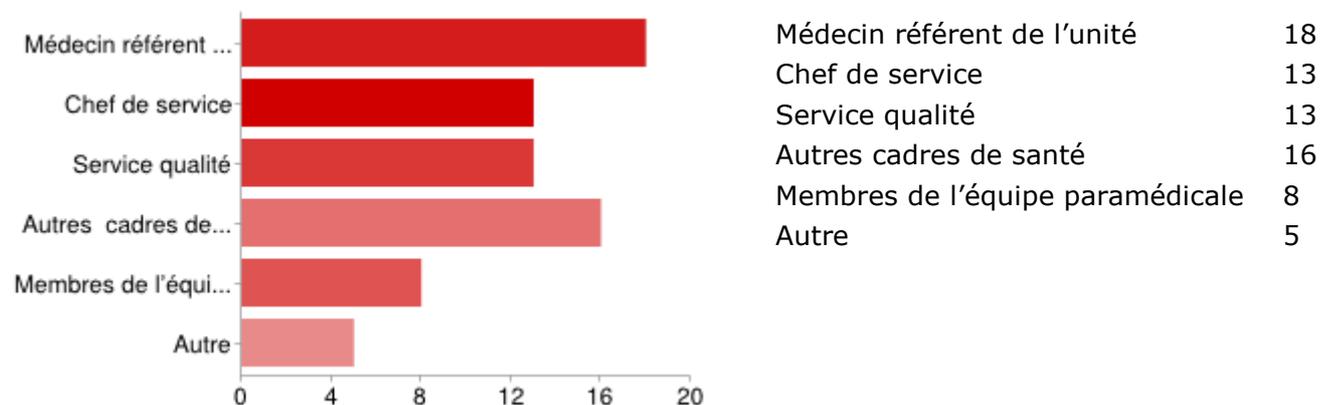
**N°5** : Seule formation : gestion des risques mais pas spécifique à Jacie

**N°6** : Une rencontre avec un autre CHU accrédité

**N°12** : Compagnonnage

**N°16** : Information et réunions par la qualitiennne s'occupant du JACIE

**Pouvez-vous préciser les membres de l'équipe projet :**



Site	Médecin référent de l'unité	Chef de service	Service qualité	Autres cadres de santé	Membres de l'équipe paramédicale	Autre
1		x	x			
2	x	x		x	x	diététicienne, service hygiène sont consultés
3	x		x	x		
4	x		x	x		
5	x	x	x	x		1 coordinatrice de greffe en héματο depuis 2012
6	x	x				
7	x	x	x	x		
8	x				x	
9	x	x		x	x	
10		x	x	x		ingénieur qualité
11	x			x		
12	x		x	x		secrétaire
13	x	x	x	x		
14	x		x		x	
15	x	x	x	x	x	
16	x	x	x	x	x	
17	x	x	x	x		responsable thérapie cellulaire et EFS
18	x	x	x	x		
19	x			x	x	
20	x	x		x	x	

**Pour le service qualité et les membres de l'équipe paramédicale, précisez combien de personnes et leur fonction**

**N°1** : Une personne référente pour le service qualité. Une personne paramédicale référente JACIE.

**N°2** : 4 IDE dont l'IDE de recherche clinique et IDE coordination des greffes, 1 AS

**N°3** : Service qualité 2 personnes

**N°4** : Seulement 1 médecin et 1 cadre de santé en charge de ce programme avec une aide méthodologique du département qualité

**N°5** : 2 cadres de santé, 1 qualitiennne, 1 ide coordinatrice de greffe en hématologie

**N°7** : Ingénieur qualité, cadre de santé, cadre supérieur de santé

**N°8** : L'infirmière référente des pratiques de soins

**N°9** : 1 Infirmier et 1 aide-soignant

**N°10** : une infirmière référente JACIE

**N°11** : 1 cadre supérieur, 2 cadres de proximité, 1 ingénieur, médecins

**N°12** : 1 ingénieur qualité à 20%, 3 cadres de santé

**N°13** : Equipe paramédicale : cadre de sante avec une infirmière référente, Service qualité : ingénieur qualité

**N°14** : Un PUPH, un Adjoint des Cadres, une secrétaire médicale, un PH, un PH, aide d'une qualitiennne

**N°15** : Service qualité : 1, aide-soignant : 1, ide : 3, cadres de santé : 3

**N°16** : 1 AS et 1 IDE référents, un qualitienn (20%)

**N°17** : Un petit bout d'ingénieur...

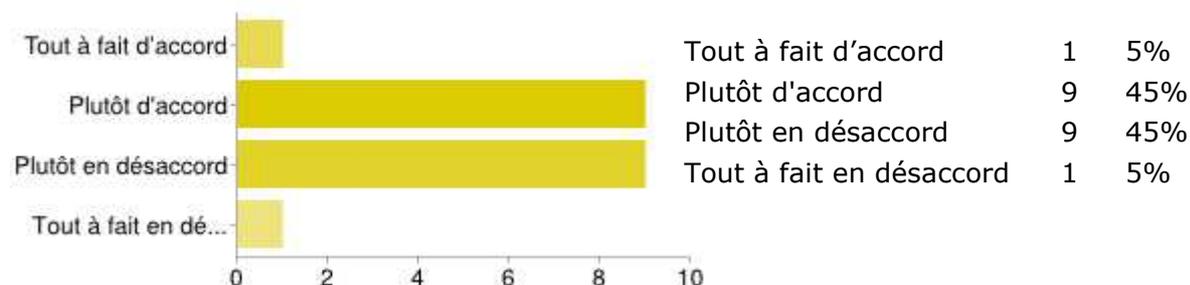
**N°18** : Service qualité : 1 ingénieur qualité

**N°19** : deux infirmières et une AS référentes

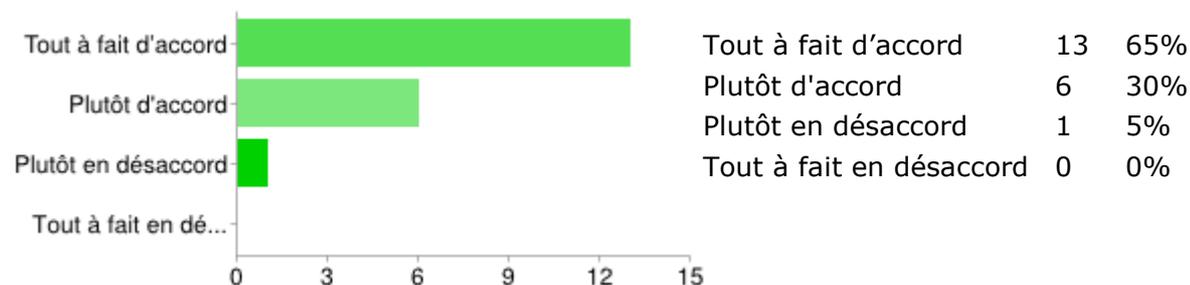
**N°20** : Infirmière chargée de la qualité des soins dans l'unité

**Selon vous, la démarche d'accréditation JACIE a été perçue par l'équipe de l'unité comme:**

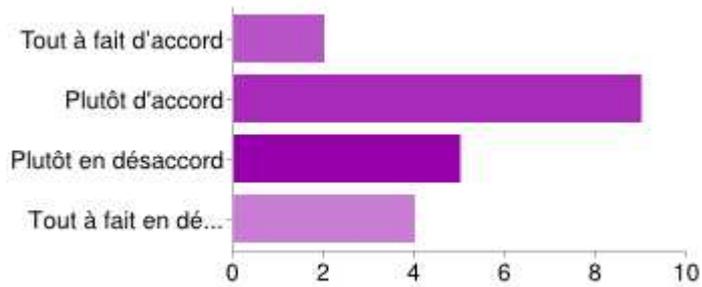
***Une surcharge de travail***



***Une façon d'améliorer ses pratiques***

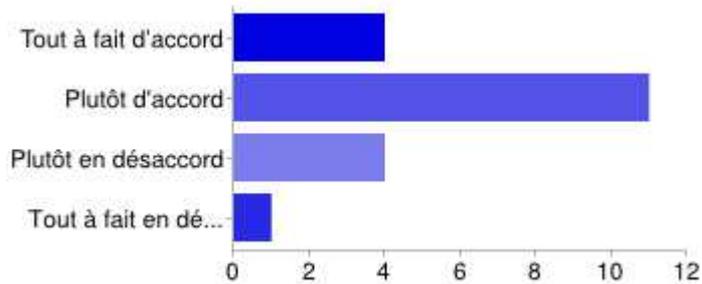


### **Une contrainte**



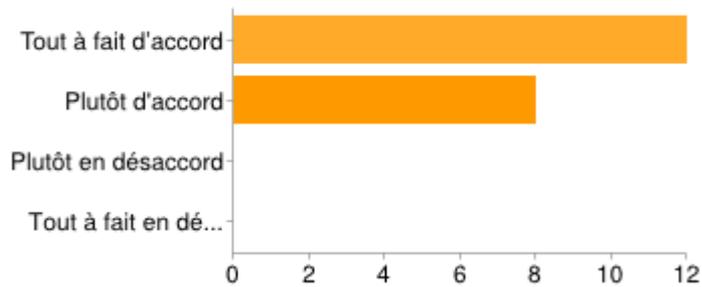
Tout à fait d'accord	2	10%
Plutôt d'accord	9	45%
Plutôt en désaccord	5	25%
Tout à fait en désaccord	4	20%

### **Une remise en question des façons de faire**



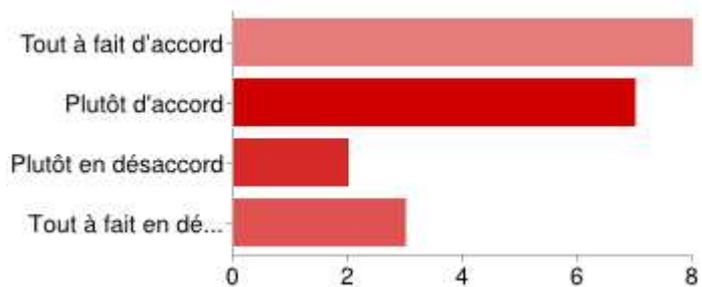
Tout à fait d'accord	4	20%
Plutôt d'accord	11	55%
Plutôt en désaccord	4	20%
Tout à fait en désaccord	1	5%

### **Une source de soins de qualité**



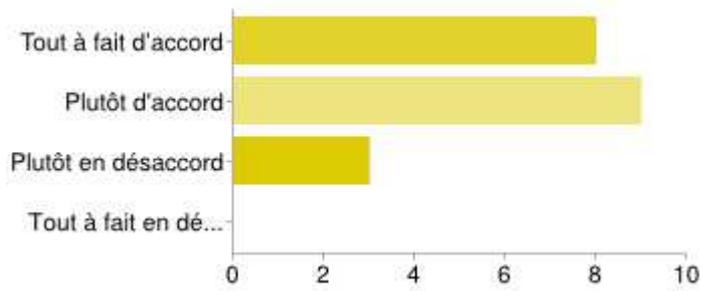
Tout à fait d'accord	12	60%
Plutôt d'accord	8	40%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

### **Un contrôle supplémentaire**



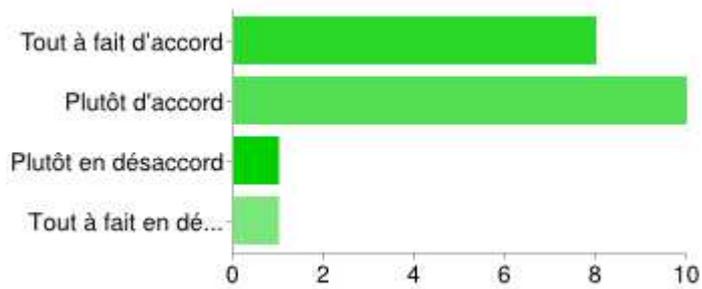
Tout à fait d'accord	8	40%
Plutôt d'accord	7	35%
Plutôt en désaccord	2	10%
Tout à fait en désaccord	3	15%

### **Une sécurisation supplémentaire**



Tout à fait d'accord	8	40%
Plutôt d'accord	9	45%
Plutôt en désaccord	3	15%
Tout à fait en désaccord	0	0%

### **Une manière de s'assurer de leurs compétences**



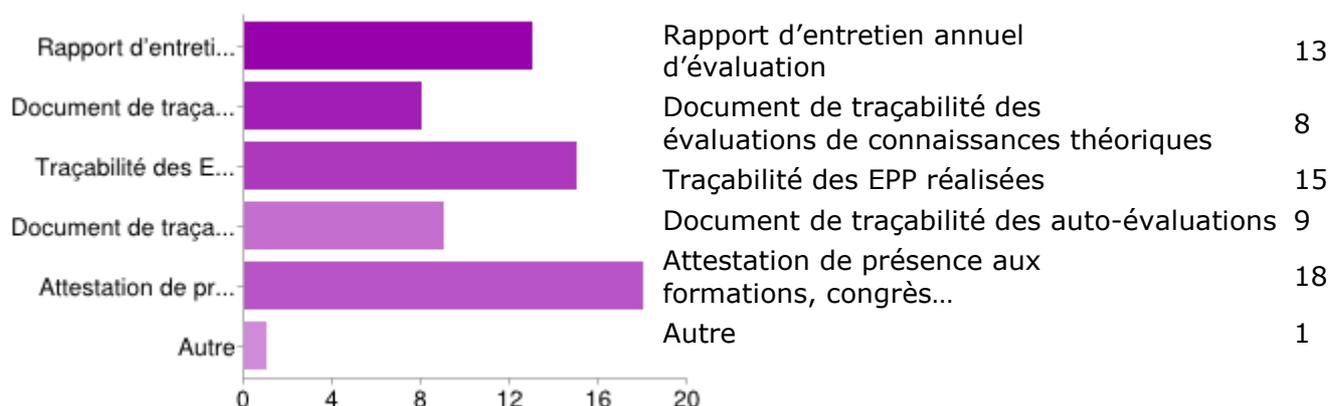
Tout à fait d'accord	8	40%
Plutôt d'accord	10	50%
Plutôt en désaccord	1	5%
Tout à fait en désaccord	1	5%

## Les compétences JACIE

Il est demandé dans le référentiel JACIE, de pouvoir justifier des compétences des différents professionnels impliqués dans la prise en charge des patients.

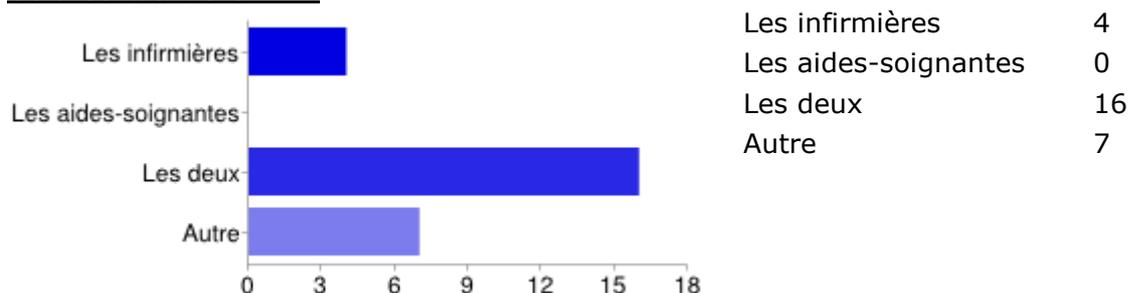
Concernant l'équipe paramédicale :

**Comment avez-vous envisagé « cette justification » ?**



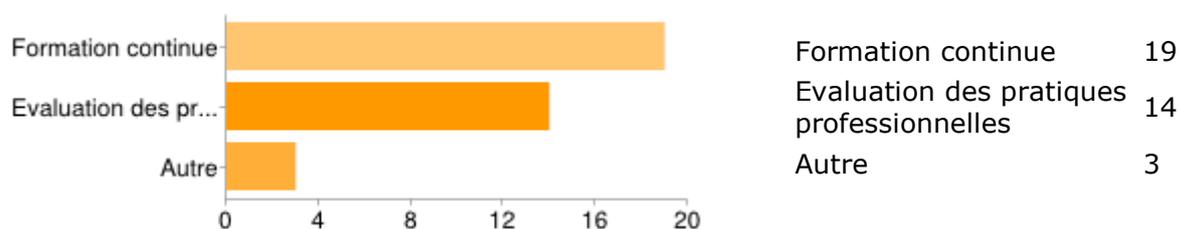
Site	Rapport d'entretien annuel d'évaluation	Document de traçabilité des évaluations de connaissances théoriques	Traçabilité des EPP réalisées	Document de traçabilité des auto-évaluations	Attestation de présence aux formations, congrès	Autre
1	x			x	x	
2	x				x	
3			x	x		
4		x	x		x	
5		x	x		x	
6	x		x		x	
7	x	x	x	x	x	
8		x	x	x	x	
9	x		x	x	x	
10	x	x	x		x	
11	x		x		x	
12	x		x		x	
13	x		x		x	fiche de qualification après intégration
14	x		x	x	x	
15	x	x		x	x	
16					x	
17			x		x	
18		x	x	x		
19	x				x	
20	x	x	x	x	x	

**Cela concerne-t-il ? :**



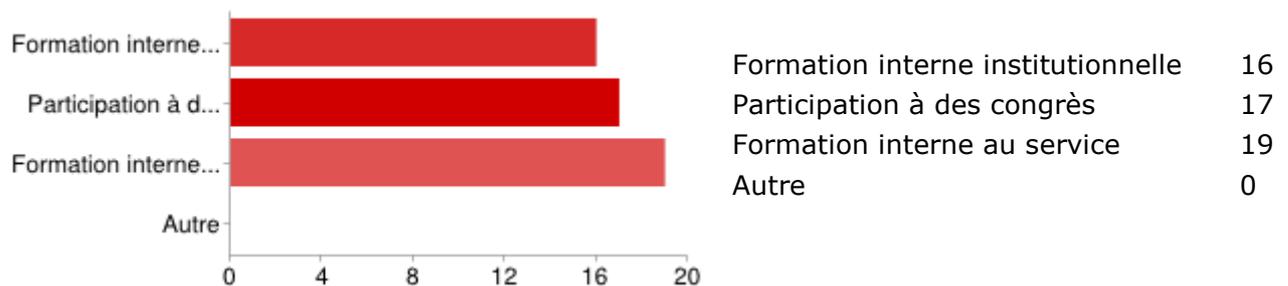
Site	Les infirmières	Les aides-soignantes	Les deux	Autre
1	x			
2			x	ASH
3			x	
4	x			puéricultrices
5			x	cadre, psychologue
6			x	
7			x	ASH
8			x	médecins
9			x	
10			x	
11			x	
12			x	cadre
13			x	
14			x	
15			x	
16			x	ASH
17			x	
18	x			
19			x	
20	x			

**Quels sont les moyens que vous utilisez afin de maintenir les compétences des professionnels de l'unité ?**



Site	Formation continue	EPP	Autre
1		x	
2	x		
3	x	x	
4	x	x	
5	x	x	
6	x	x	
7	x		
8	x	x	
9	x	x	
10	x	x	
11	x	x	réunion pluriprofessionnelle
12	x		
13	x	x	
14	x	x	
15	x		
16	x	x	réunion d'info, de travail, cours
17	x		Audit
18	x	x	
19	x		
20	x	x	

**Si vous avez coché formation continue à la question précédente, de quel type est-elle ?**



Site	Formation interne institutionnelle	Participation à des congrès	Formation interne au service	Autre
1			x	
2	x	x	x	
3	x	x		
4		x	x	
5	x	x	x	
6	x	x	x	
7	x	x	x	
8	x	x	x	
9	x	x	x	
10	x		x	
11	x	x	x	
12		x	x	
13	x	x	x	
14		x	x	
15	x	x	x	
16	x	x	x	
17	x	x	x	
18	x	x	x	
19	x		x	
20	x	x	x	

**Précisez les types de congrès ou thèmes de formation.**

**N°1** : Formations médicales sur les pathologies hématologiques, les techniques d'autogreffes...

**N°2** : Congrès en hématologie à tours

Pratique hygiène, DU soins palliatifs, DU douleur.

En formation interne nous avons mis en place dans le service des cours dispensés par les médecins au personnel paramédical et obligatoire pour tout nouvel agent. Un thème par mois et deux lundi de suite

**N°4** : EBMT

N°5 : Sfh, afitch, ebmt, soirées à thèmes

Risque infectieux, hygiène, pathologies hémato, suivi de greffe, conditionnements, extravasation, thérapies ciblées, douleur, fin de vie, relation soignant soigné, gestion du stress, gestion des risques, hémovigilance, afgsu, sécurité incendie

**N°7** : Sfh

**N°8** : Congrès de l'EBMT

Formation sur la chimiothérapie à haute dose, les VVC

**N°9** : Toujours en rapport avec la greffe de moelle

Après je pense que Pour des formations plus personnelles il faut se documenter. Ce que je trouve parfois pénible c'est qu'il faut toujours que les formations aient un lien direct avec le service dans lequel nous travaillons. C'est difficile de pouvoir ouvrir son champ d'action de manière plus large

**N°10** : Formation sur hygiène, sur la sécurité des médicaments, sur les dispositifs kT, sur la douleur

**N°11** : Congres d'hématologie/greffe (on a une activité mixte), formations générales (douleur - soins palliatifs - accompagnement patient et ou famille ....)

Cours dispensés au sein du service par les médecins (à partir d'une situation clinique)

**N°12** : EBMT, SFH, AFICTH

En ce qui concerne la formation continue, je suis responsable de sa mise en œuvre. Si vous voulez le plan de formation je peux vous l'envoyer en pièce jointe

**N°13** : Congres hématologie, journée de formation en interne sur les thématiques d'hématologie, relation d'aide, soins palliatifs, douleur, hygiène

**N°14** : AFITCH, SFH

**N°15** : EBMT

Formations : journée d'hématologie, sécurité dans les soins,...

**N°16** : EBMT et post EBMT

**N°17** : Congrès SFCE/SFASP/ cours allogreffe/

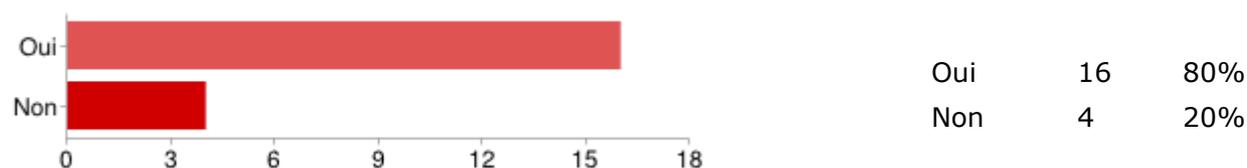
**N°18** : EBMT, journée oncologie pédiatrique organisé par le réseau partenaire, formation en hygiène, formation au sein des unités des changements de pratiques.

**N°19** : Formation douleur, soins palliatifs, KT, gestes d'urgence, incendie

**N°20** : EBMT, Formation douleur, soins palliatifs, KT, gestes d'urgence

## La pérennisation des compétences

### Savez-vous en quoi consiste le Développement Professionnel Continu (DPC) ?



#### **Si oui, pouvez-vous m'indiquer en quelques mots ce qu'il évoque pour vous?**

**N°2** : DPC fait partie de la loi HPST pour permettre une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (par les EPP) tout en formant le personnel en continu. C'est un outil de développement des compétences. Elle est obligatoire pour tous professionnels de santé une fois par an.

**N°4** : Système obligatoire permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins à travers l'évaluation des pratiques et la formation continue

**N°5** : C'est un dispositif qui permet de développer les compétences par la formation, l'analyse de pratique et l'analyse des situations. C'est une obligation.

**N°6** : Dispositif lourd, la possibilité pour chaque agent de se former avec un aspect d'obligation

**N°7** : Formation continue en lien avec spécificité des patients pris en charge

**N°8** : Il s'agit de la formation obligatoire pour les professionnels de santé instaurée par la loi HPST. Il associe la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.

**N°9** : Je suppose que c'est l'évolution d'un professionnel dans le temps et son évolution dans son parcours professionnel. S'il a au fil du temps développé des compétences particulières propres au service ou de manière individuelle.

**N°11** : Terminologie que je ne connais pas mais je suppose qu'il s'agit de l'accompagnement du professionnel, tout au long de son parcours professionnel, dans l'acquisition et/ou le développement de compétences/savoir-faire ; cela peut passer par des formations théoriques mais aussi pratiques, un parcours professionnalisant (passage dans différents secteurs afin d'acquérir une vision globale du processus)

**N°12** : Développement des compétences tout au long de sa carrière

**N°13** : C'est un dispositif nouveau pour tous les professionnels de santé qui au travers d'analyse de pratiques, approfondissement des connaissances permet l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'évaluation des compétences.

**N°14** : Demande perso de formations adaptées, formation obligatoire

**N°15** : Maintenance et développement des compétences tout au long de la carrière

**N°16** : Formation, accompagnement, évolution professionnelle (compétences), tutorat et tutoré, amélioration des pratiques.

**N°17** : Responsabiliser les agents sur le parcours de formation à réaliser mais je pense que l'on n'a pas les moyens de cette belle ambition....

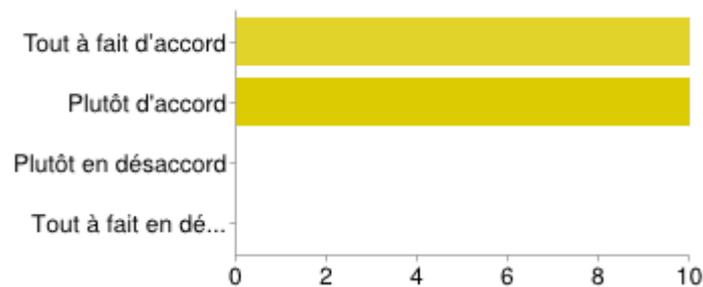
**N°18** : Pour moi c'est plusieurs stratégies combinées pour mettre en avant et préciser l'évolution des compétences des soignants.

**N°19** : La formation continue des professionnels de santé afin de développer et évaluer leurs compétences

**N°20** : Formation continue obligatoire du personnel tout au long de sa carrière, dans un métier où les techniques, les connaissances et les pratiques sont en constante évolution avec réalisation d'EPP. Cela permet le développement de ses compétences.

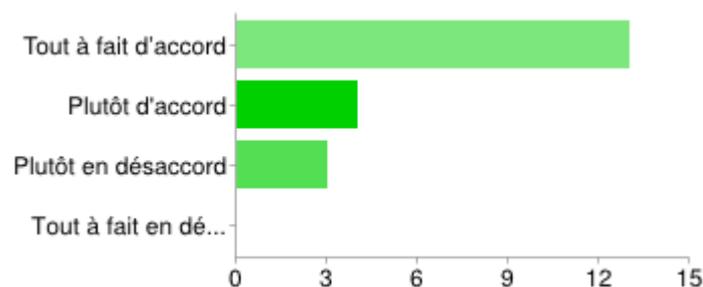
**Avec les affirmations suivantes, concernant le DPC, pouvez-vous indiquer votre avis.**

***Il comporte de l'EPP***



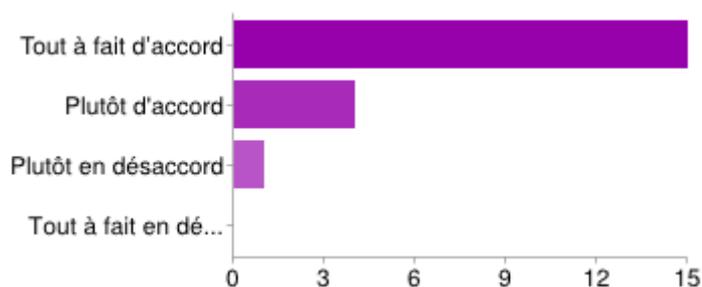
Tout à fait d'accord	10	50%
Plutôt d'accord	10	50%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***C'est un outil de pérennisation des compétences***



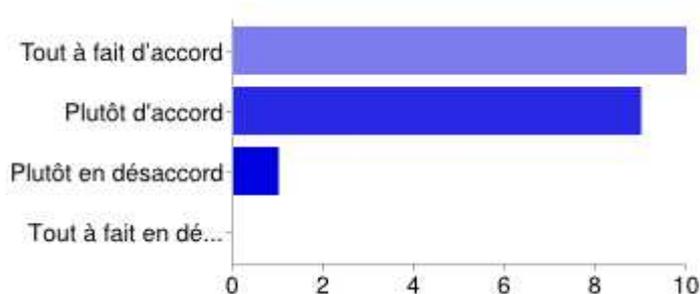
Tout à fait d'accord	13	65%
Plutôt d'accord	4	20%
Plutôt en désaccord	3	15%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***Il comporte de la formation continue***



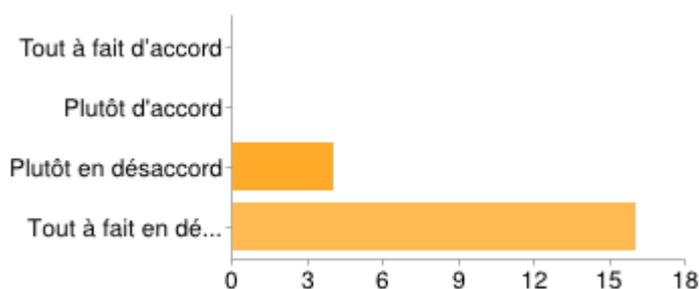
Tout à fait d'accord	15	75%
Plutôt d'accord	4	20%
Plutôt en désaccord	1	5%
Tout à fait en désaccord	0	0%

### ***Il améliore le travail en équipe***



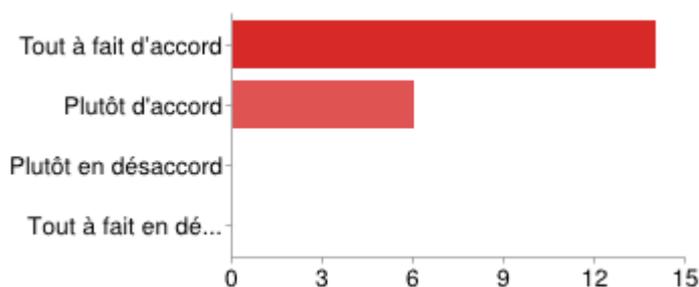
Tout à fait d'accord	10	50%
Plutôt d'accord	9	45%
Plutôt en désaccord	1	5%
Tout à fait en désaccord	0	0%

### ***Il ne sert à rien***



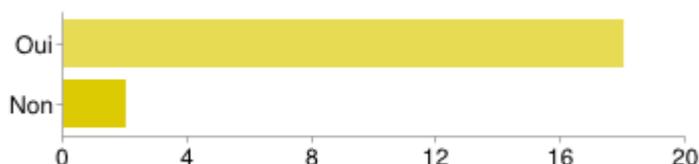
Tout à fait d'accord	0	0%
Plutôt d'accord	0	0%
Plutôt en désaccord	4	20%
Tout à fait en désaccord	16	80%

### ***Il permet de développer les compétences***



Tout à fait d'accord	14	70%
Plutôt d'accord	6	30%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

### ***Pensez-vous que la démarche JACIE peut être intégrée dans le DPC ?***



Oui	18	90%
Non	2	10%

### **Précisez pourquoi**

**N°1 :** La démarche qualité/certification JACIE s'intègre dans un processus de développement professionnel continu, à partir du moment où l'agent est intéressé par JACIE.

De plus, les critères de certification fait la part belle aux démarches de formation et d'évaluation.

**N°2 :** La démarche JACIE a le même objectif que le DPC. Son but est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Les protocoles sont faits avec l'équipe. Les deux différences c'est que l'accréditation JACIE n'a pas lieu tous les ans (le travail des groupes lui est en continu) et que les professionnelles ne vont pas en formation à la suite de cette accréditation.

**N°3** : JACIE peut être un outil au service du DPC avec comme objectif la qualité et la sécurité des soins

**N°4** : JACIE est un système qualité permettant d'assurer la sécurité des patients et des soignants. Il permet d'harmoniser les pratiques et de les améliorer en analysant les pratiques.

**N°5** : La démarche Jacie contribue au développement des compétences par la recherche d'amélioration des pratiques et PEC. Les déclarations d'anomalies et/ou EI et leur analyse lors de la revue d'anomalie permettent d'élaborer un plan d'action. Cela sensibilise et entraîne les soignants dans une démarche de réflexion sur le fonctionnement de l'unité.

Attention tout de même car risque d'être trop dans l'application de procédures sans réflexion

**N°6** : Car JACIE est une professionnalisation des circuits de greffes avec un contrôle à chaque étape des compétences

Le programme permet et oblige la formation du personnel

**N°7** : Développement des compétences spécifiques

**N°8** : Car la démarche Jacie est basée sur les compétences des soignants avec la nécessité d'une formation continue et de réalisation d'EPP

**N°9** : Oui car c'est un regroupement de connaissances mais aussi d'expériences de chacun qui font la qualité de la démarche Jacie

**N°10** : Car c'est un outil professionnel consultable à n'importe quel moment qui retracent des pratiques, des consignes dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge

**N°11** : Dans la formalisation de processus : modalités d'intégration d'un professionnel, formations obligatoires, mise à disposition d'une banque de données pour le professionnel (consultation aisée des procédures...). JACIE est un moyen d'améliorer la qualité et sécurité des soins tout comme le DPC.

**N°12** : Formation continue en hématologie : permet d'actualiser ses connaissances, intégration des nouveaux arrivants. Dans JACIE il y a également des EPP.

**N°14** : Formation continue

**N°15** : Même but : amélioration et sécurisation des pratiques

**N°16** : Il est complémentaire. Jacie demande la formation continue des agents et leur développement professionnel

**N°17** : Formalisation de tous les circuits, des pratiques soignantes donc gain en compétences

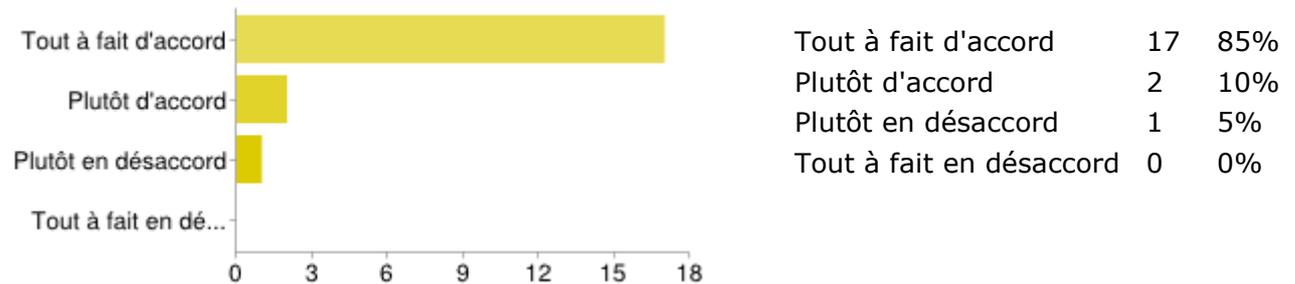
**N°18** : La démarche Jacie permet d'avoir une démarche d'amélioration et de développement par la qualité, le DPC permet le développement des compétences et donc la qualité. La finalité est la même : l'élévation de la qualité de la prise en charge.

**N°20** : Il s'agit d'une démarche qui garantit et fait évoluer la qualité des pratiques au sein de l'unité de greffe. Elle est réajustée en fonction des évolutions et permet une transmission au sein de l'équipe. Elle permet à l'équipe de maintenir ses compétences mais également dans acquérir de nouvelles

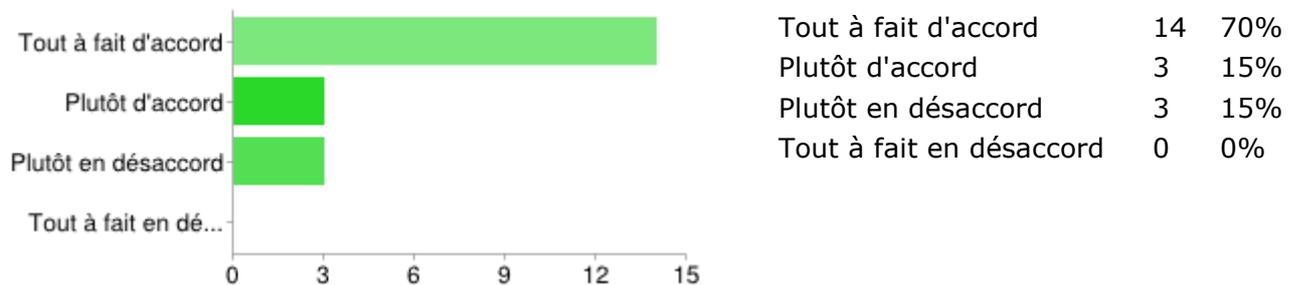
## La démarche JACIE : ses avantages, inconvénients et leviers

### Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour l'institution ?

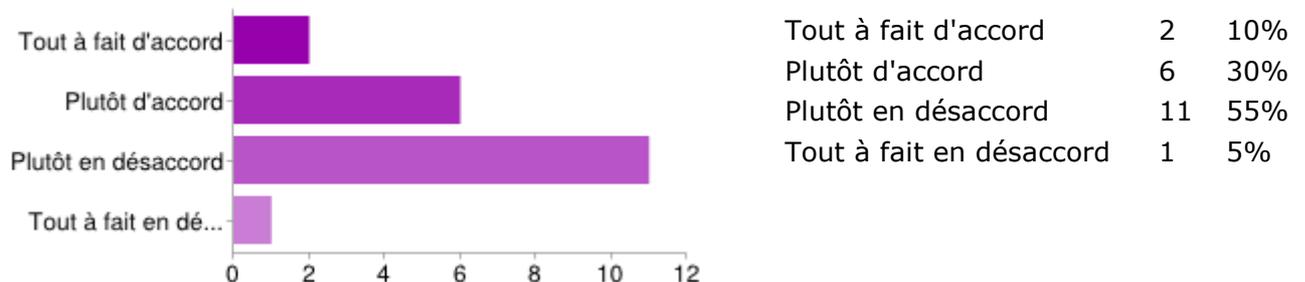
#### **Apport de soins de qualité et sécurisé**



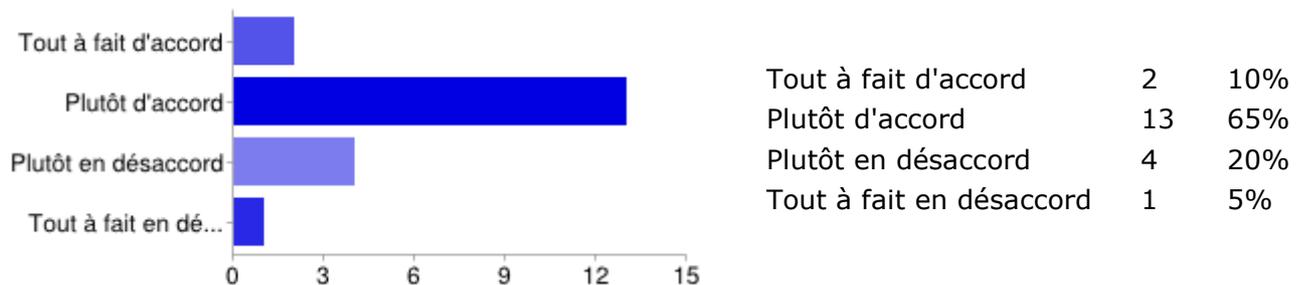
#### **Développement de la performance**



#### **Polyvalence (capacité à occuper plusieurs postes de travail)**

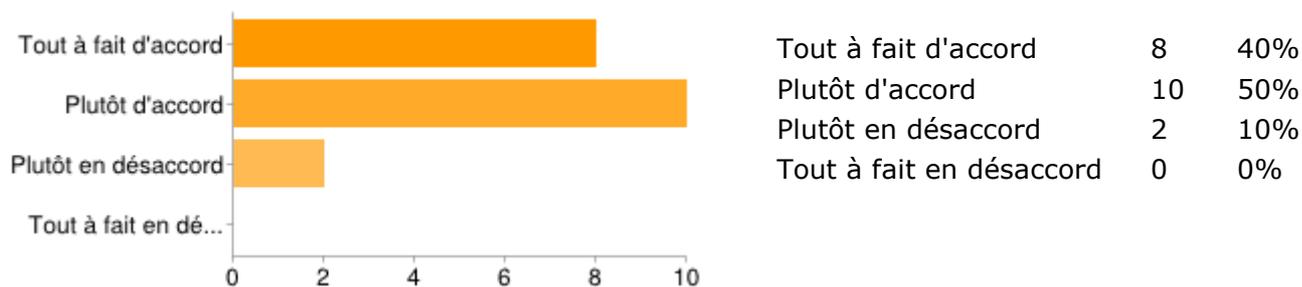


#### **Employabilité (capacité à être affecté à un nouvel emploi)**

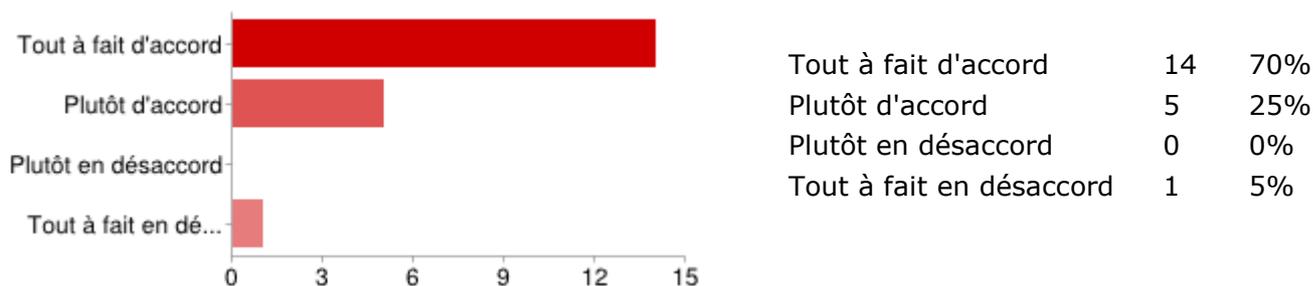


**Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour le professionnel ?**

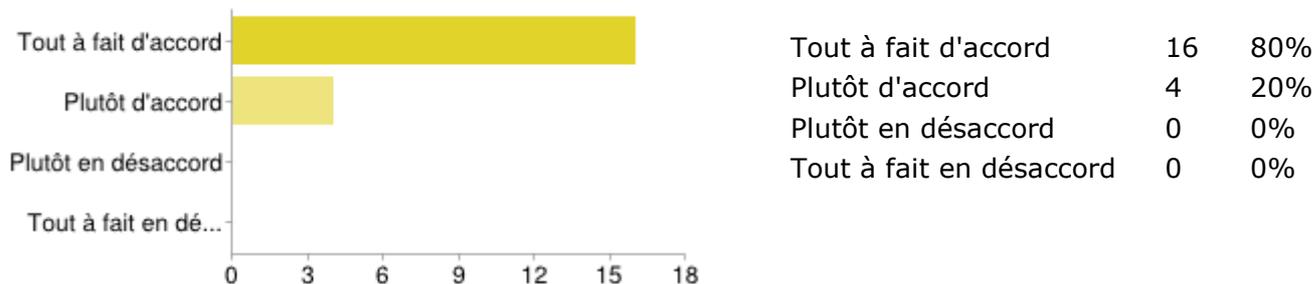
***Développement des capacités d'adaptation et d'initiative***



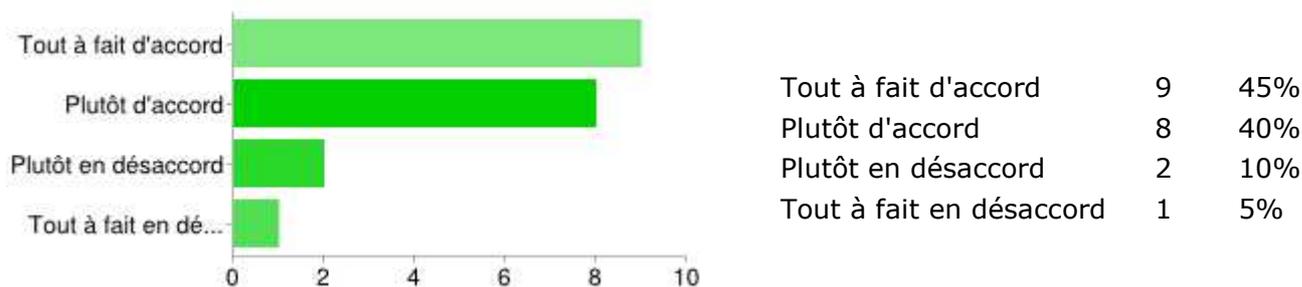
***Amélioration de la satisfaction au travail par la sensation du travail bien fait***



***Reconnaissance extérieure d'un travail de qualité***

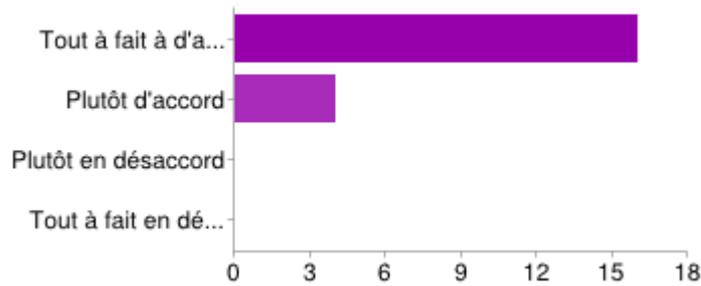


***Motivation accrue***



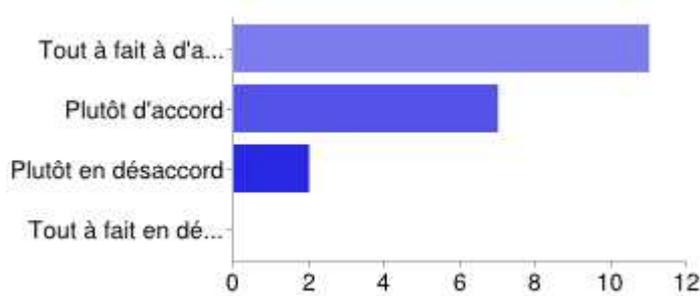
**Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche JACIE pour le patient ?**

***Source de soins de qualité***



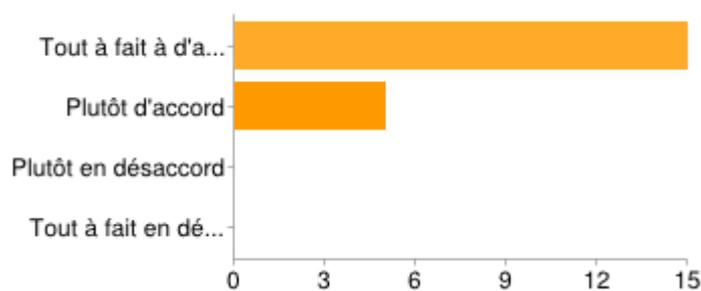
Tout à fait à d'accord	16	80%
Plutôt d'accord	4	20%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***Confiance***



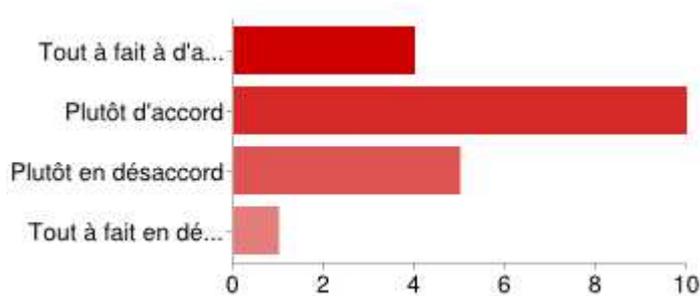
Tout à fait à d'accord	11	55%
Plutôt d'accord	7	35%
Plutôt en désaccord	2	10%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***Sentiment de sécurité par l'uniformisation des pratiques***



Tout à fait à d'accord	15	75%
Plutôt d'accord	5	25%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

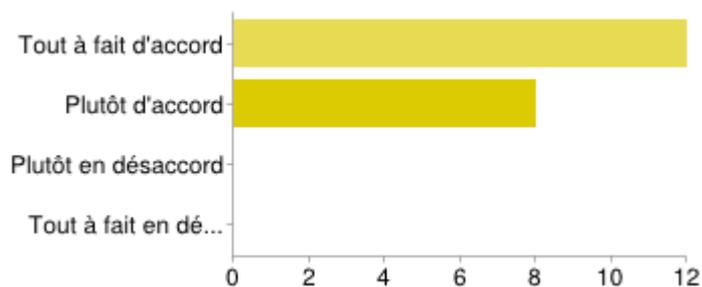
***Meilleure adhésion aux traitements***



Tout à fait à d'accord	4	20%
Plutôt d'accord	10	50%
Plutôt en désaccord	5	25%
Tout à fait en désaccord	1	5%

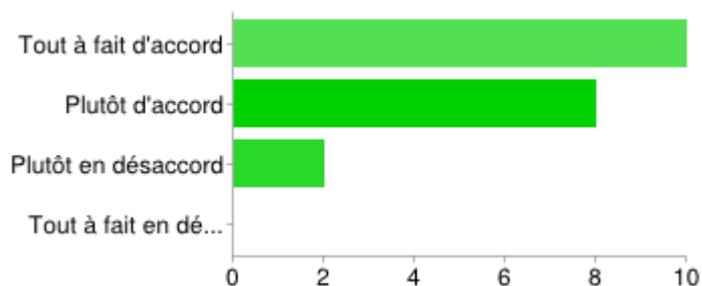
**Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche au niveau du professionnel ?**

***Acceptation de la remise en question***



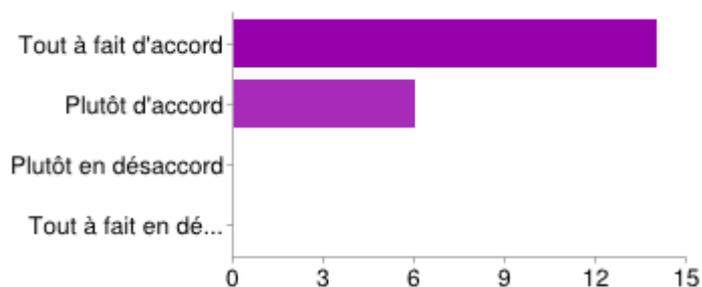
Tout à fait d'accord	12	60%
Plutôt d'accord	8	40%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***Reconnaissance externe par ses pairs ou ses supérieurs***



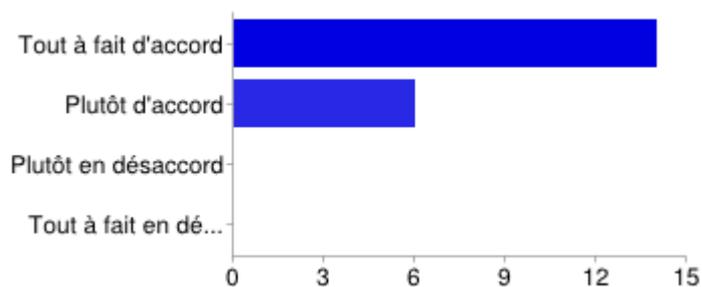
Tout à fait d'accord	10	50%
Plutôt d'accord	8	40%
Plutôt en désaccord	2	10%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***La motivation***



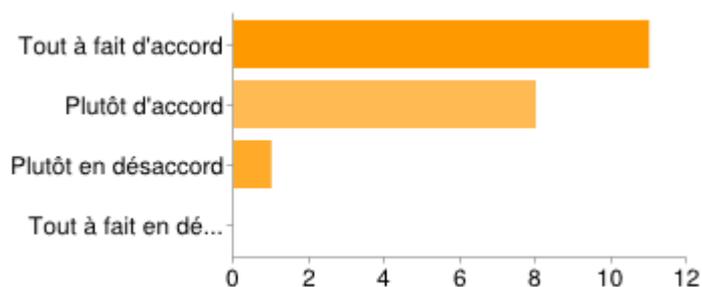
Tout à fait d'accord	14	70%
Plutôt d'accord	6	30%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***L'implication***



Tout à fait d'accord	14	70%
Plutôt d'accord	6	30%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

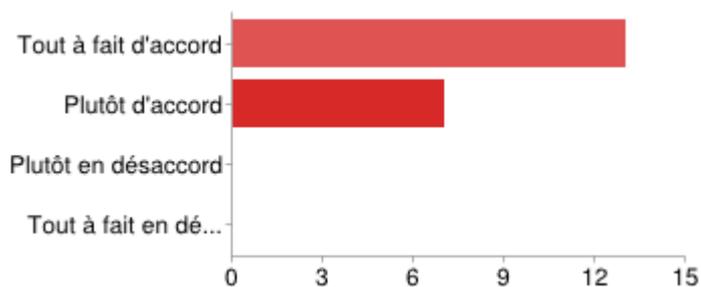
***La cohésion d'équipe***



Tout à fait d'accord	11	55%
Plutôt d'accord	8	40%
Plutôt en désaccord	1	5%
Tout à fait en désaccord	0	0%

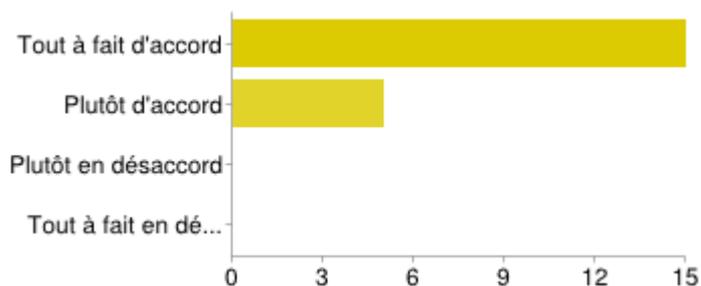
**Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche au niveau du cadre de santé ?**

***Instauration d'une relation de confiance***



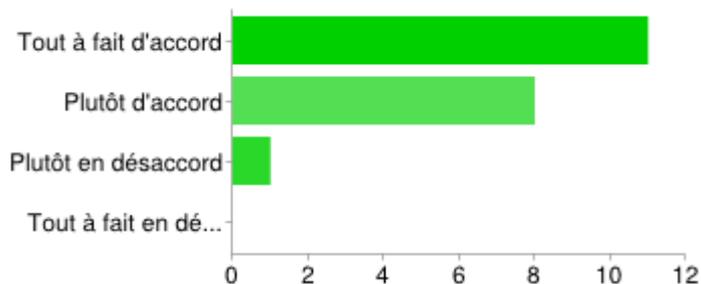
Tout à fait d'accord	13	65%
Plutôt d'accord	7	35%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***Proposition de cette démarche comme source de construction professionnelle***



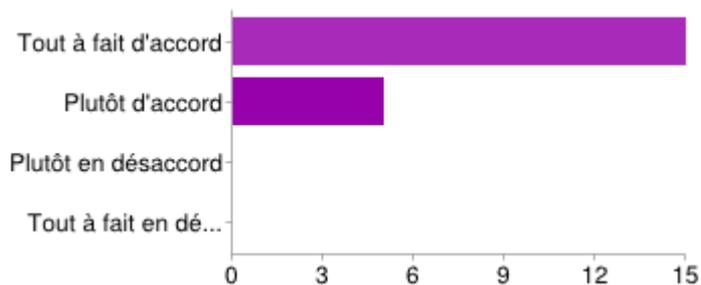
Tout à fait d'accord	15	75%
Plutôt d'accord	5	25%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***Position neutre de l'évaluateur***



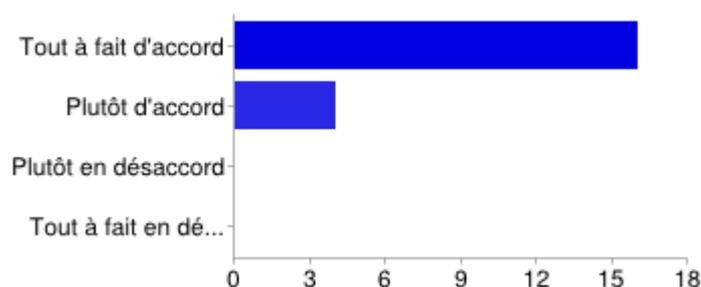
Tout à fait d'accord	11	55%
Plutôt d'accord	8	40%
Plutôt en désaccord	1	5%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***Animation, communication***



Tout à fait d'accord	15	75%
Plutôt d'accord	5	25%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

***Favoriser la réflexion sur l'expérience professionnelle***



Tout à fait d'accord	16	80%
Plutôt d'accord	4	20%
Plutôt en désaccord	0	0%
Tout à fait en désaccord	0	0%

**Quels sont les leviers favorisant la mise en place d'une telle démarche au niveau institutionnel ?**

Propositions	Tout fait d'accord	à Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Politique d'EPP affirmée	14	6		
Autonomie des professionnels	6	10	4	
Formation continue effective	8	8	4	
Souplesse afin de développer les capacités d'adaptation des professionnels	4	12	4	
Développement des compétences en prenant appui sur l'exercice réel du travail	9	10	1	

**Quels sont, selon vous, les inconvénients, défauts de cette démarche ?**

**N°1** : Dans un contexte général de surcharge de travail, l'accréditation JACIE est gage de qualité et de garantie pour les patients, mais aussi d'investissement important pour les professionnels de santé.

La lourdeur des recommandations et des critères à respecter ne s'inscrivent pas forcément dans la politique d'établissement

**N°2** : Travail supplémentaire donc l'équipe revient sur le temps personnel

**N°4** : Cette démarche n'est que profitable pour les soignants et les personnes impliquées, même s'il s'agit d'un travail continu, parfois décourageant. Une aide méthodologique est utile pour des personnes non expertes et permettant d'adapter cette démarche à la pratique courante.

**N°5** : 1) le manque de sens de cette démarche peut être un frein pour les soignants qui peuvent vivre cette démarche comme une contrainte

2) les difficultés liées au manque de communication (par ex, importance des retours des revues d'anomalies aux équipes et du plan d'action et réalisation)

3) les actions non réalisées et/ou non suivies sont un frein

**N°6** : La lourdeur, peu d'aide de l'institution, conflit parfois avec les procédures internes

**N°7** : Chronophage, implication modérée de certains membres de l'équipe médicale

**N°8** : Cette démarche si on veut la réaliser de manière optimale demande beaucoup de temps et de moyens. Moyens pas toujours fourni par l'institution

**N°9** : Le manque de temps souvent. De chacun.

**N°10** : La complexité de la démarche

**N°11** : La lourdeur dans la mise en place, mise à jour en temps réel des procédures

**N°12** : Manque de cohérence entre les contraintes de cette démarche et les moyens alloués (remplacement pour congrès et FC, remplacement des arrêts de travail pour maintenir une prise en charge de qualité). Cela a ses limites

**N°13** : Démarche qui nécessite de la coordination, charge de travail importante pour la formalisation parfois certains critères présentent peu d'intérêt

**N°14** : Pas assez de présence des auditeurs pour vivre la réalité au quotidien

**N°15** : Implication importante du CDS afin d'être moteur dans la démarche

**N°16** : Temps nécessaire à faire vivre le projet

**N°17** : Lourdeur du travail à effectuer pour le médecin et le cadre qui portent beaucoup le projet et très peu de soutien de l'administration, ni du cadre supérieur.

**N°18** : Pour la mener à bien et en tirer le maximum de bénéfice il me semble que le temps est un inconvénient majeur. Avoir le temps de la mener est élément important de réussite.

**N°19** : Le caractère obligatoire, entraînant une remise en question si l'agent ne souhaite pas participer à la formation continue, ou à la formation sur des domaines différents.

La surcharge de travail lié à l'instauration, puis à la traçabilité.

La surcharge pour l'agent qui va aller en formation, souvent sur ses jours de repos, car peu de possibilité en cas de sous-effectif.

**N°20** : La lourdeur du maintien de cette démarche active

### **Avez-vous des remarques complémentaires ? Elles seront les bienvenues!**

**N°4** : Mettre en place un système vivant au quotidien et transmissible.

**N°5** : Je pense qu'il est nécessaire de recentrer cette démarche sur la qualité des soins attendues et développement des compétences afin de ne pas noyer les agents. La culture de la traçabilité pour les agents est importante dans cette démarche, il faut donc en prendre compte dans la gestion de l'équipe faire cohabiter rigueur et exigences au travail et stress, fatigue, parfois sentiment de frustration // qualité du travail

**N°8** : Démarche très positive qui permet aux équipes de réfléchir sur leur pratique et de faire évoluer la prise en charge. Projet moteur pour l'équipe qui impulse une démarche d'amélioration de la qualité et qui sécurise les professionnels.

**N°9** : Il est très difficile actuellement de monter des projets de soins dans les services. Il y a moins de monde. Travailler sur des projets c'est accepter de travailler sur son temps personnel...Tout le monde n'est pas prêt à cela. Ensuite il est de plus en plus difficile de se retrouver autour d'une table au travail pour travailler. Il y a de nombreux projets en cours, ou pire qui sont restés en suspens, par manque aussi de motivation.

**N°12** : Malgré tout la démarche JACIE permet d'avoir des IDE experts et compétents, motivés et impliqués

**N°13** : Démarche qui développe la culture qualité au sein des équipes

**N°17** : Cela m'a permis de gagner une cohérence d'équipe, de travailler sur l'encadrement des nouveaux agents et de gagner de la compétence.





## Diplôme de Cadre de Santé

DCS@12-13

### TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

### TITRE DU DOCUMENT

Cadre de santé et pérennisation des compétences : l'EPP, un outil de management

### AUTEUR

Sandrina Rodrigues

### MOTS CLES

Compétences, pérennisation, évaluation des pratiques professionnelles, développement professionnel continu, management, accréditation JACIE

### KEY WORDS

Skills, continuing competence, assessments of professional practices, continuous professional development, management, JACIE accreditation

### RESUME

Dans un contexte socio-professionnel où le développement des compétences des collaborateurs ne cesse de prendre de la place depuis les années 80, la question ici posée est celle de la pérennisation de ces compétences et celle des moyens à disposition du cadre de santé pour s'en assurer. L'usage régulier de l'évaluation des pratiques professionnelles est-il, pour le cadre de santé, l'assurance de cette pérennisation? L'exploration conceptuelle de divers thèmes (compétences, leurs pérennisation et évaluation, évaluation des pratiques professionnelles, leviers de la pérennisation) a été complétée par une enquête réalisée via un questionnaire en ligne auprès des cadres de santé des unités de soins accréditées JACIE sur le territoire français. JACIE est une accréditation européenne en hématologie-greffe de moelle rendant obligatoire l'évaluation des soignants. Le développement professionnel continu semble, pour les cadres de santé, pouvoir rendre la pérennisation des compétences réellement effective au sein des services de soins.

### ABSTRACT

In a social and professional context where the development of employees' skills is taking more and more importance, the issue here concerns the maintaining of skills and the available resources to nurse manager in order to ensure it. Is the regular use of assessments of professional practices the guarantee of continuing competence for the nurse manager? The conceptual exploration of various themes (skills, skills' maintaining and evaluation, assessments of professional practices, levers of continuing competency) was completed with a survey conducted by an on-line questionnaire to nurse managers of JACIE accredited french units. JACIE is an european accreditation in the field of haematopoietic stem cell transplantation which makes carers' evaluation compulsory. For nursing management; continuous professional development appears to make competences' maintaining truly effective in nursing units.