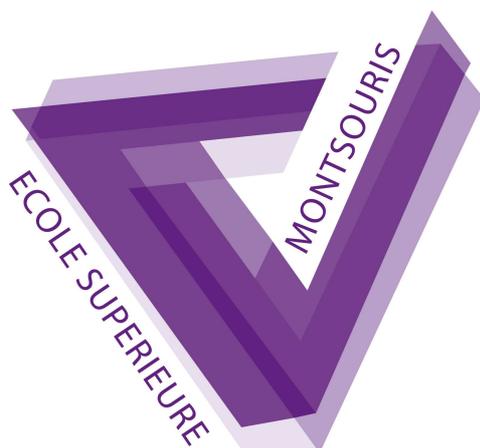


# *Ecole Supérieure Montsouris*

## *Université Paris Est Créteil*

### *Val-de-Marne*



## **La cartographie des compétences...**

Une étape de la Gestion Prévisionnelle des  
Métiers et des Compétences

Sylvie ROUSSEAU

MTMOS  
2012-2013





---

---

## Citation

---

---

*« Evaluer c'est créer.*

*Ecoutez donc, vous qui êtes créateurs !  
C'est l'évaluation qui fait des trésors et des bijoux de  
toutes choses évaluées. »*

Friedrich Nietzsche

---

---

## REMERCIEMENTS

---

---

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont apporté leur contribution.

Un merci tout particulier à mon mari, mes enfants et mes parents, pour leur patience et leur compréhension sans faille ainsi que pour leur soutien permanent.

Merci également à Christelle pour sa relecture attentive.

---

---

# SOMMAIRE

---

---

|                                                                                                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Liste des abréviations.....                                                                              | 3         |
| Introduction.....                                                                                        | 4         |
| <b>1. Le contexte environnemental et réglementaire.....</b>                                              | <b>7</b>  |
| <b>1.1 Le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise.....</b>                                     | <b>7</b>  |
| 1.1.1 La présentation de l'établissement .....                                                           | 7         |
| 1.1.2 L'activité économique du CHAM .....                                                                | 11        |
| 1.1.3 La délégation de gestion .....                                                                     | 14        |
| <b>1.2 Le pôle Médecine 2 .....</b>                                                                      | <b>16</b> |
| 1.2.1 La présentation des activités du pôle et de la restructuration à venir .....                       | 16        |
| 1.2.2 Les Ressources Humaines et la restructuration du pôle Médecine 2 .....                             | 18        |
| 1.2.3 La délégation de la GRH .....                                                                      | 20        |
| 1.2.4 La composition de l'équipe d'encadrement du pôle.....                                              | 21        |
| <b>1.3 L'évolution des obligations réglementaires en Gestion des<br/>Ressources Humaines .....</b>       | <b>22</b> |
| 1.3.1 L'évaluation des compétences professionnelles .....                                                | 22        |
| 1.3.2 La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences.....                                      | 26        |
| 1.3.3 Le Développement Professionnel Continu .....                                                       | 30        |
| <b>2 L'élaboration d'une cartographie des compétences infirmières<br/>sur le pôle Médecine 2 .....</b>   | <b>34</b> |
| <b>2.1 La portée et les limites .....</b>                                                                | <b>34</b> |
| <b>2.2 Les objectifs.....</b>                                                                            | <b>35</b> |
| <b>2.3 L'évaluation des compétences infirmières : quelle pratique dans le<br/>pôle Médecine 2 ?.....</b> | <b>36</b> |
| 2.3.1 L'enquête .....                                                                                    | 36        |
| 2.3.2 Les objectifs de l'enquête .....                                                                   | 37        |
| 2.3.3 La méthodologie de l'enquête.....                                                                  | 37        |
| 2.3.4 L'analyse des résultats .....                                                                      | 39        |

|                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.4 La réalisation de la première cartographie des compétences infirmières du pôle médecine 2.....</b> | <b>48</b> |
| 2.4.1 L'identification des situations de travail.....                                                     | 48        |
| 2.4.2 L'évaluation des compétences infirmières.....                                                       | 50        |
| 2.4.3 La production des premières cartographies de compétences infirmières.....                           | 54        |
| 2.4.4 La communication.....                                                                               | 56        |
| <b>2.5 L'évaluation du projet .....</b>                                                                   | <b>58</b> |
| <b>CONCLUSION .....</b>                                                                                   | <b>59</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                                                                                 | <b>61</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>                                                                                      |           |

---

---

## Liste des abréviations

---

---

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier.

APP : Analyse de Pratique Professionnelle

ARS : Agence Régionale de Santé

AVP : Avis de Vacance de Poste

CH : Centre Hospitalier

CHAM : Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHRO : Centre Hospitalier Régional d'Orléans

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREX : Comité de Retour d'Expérience

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu.

DRH : Direction des Ressources Humaines

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences.

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HAS : Haute Autorité de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IRM : Imagerie à Résonance Magnétique

MAG : Médecine Aiguë Gériatrique

MeaH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

ODPC : Organisme de Développement Professionnel Continu

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

PEP : Pratique Exigible Prioritaire (manuel de certification V2010)

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RH : Ressources Humaines

RMM : Revue de Morbidité Mortalité

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SELARL : Société d'Exercice Libéral A Responsabilité Limitée.

SID: Système d'Informations Décisionnel

SIH: Système d'Information Hospitalier

SWOT : Strengths, Weakness, Oppotunities, Threats

---

---

# Introduction

---

---

La Gestion des Ressources Humaines (GRH) est à l'Hôpital, comme pour un certain nombre de grandes entreprises, un domaine particulièrement sensible, tant d'un point de vue économique que social. Les ressources humaines (RH) pour un établissement hospitalier sont constituées du personnel médical et du personnel non médical (paramédical, technique, administratif,...). Les charges en personnel dans ces établissements représentent en moyenne 60 à 70% des dépenses d'exploitation<sup>1</sup>. Cependant, est-il possible de concevoir le soin sans aucune présence humaine ? Même si de nouvelles technologies ou pratiques se développent dans le milieu de la santé (télé médecine, télésanté...), les ressources humaines contribuent en très grande partie, par leurs activités directes ou indirectes auprès des patients, aux recettes de l'établissement et constituent ainsi la main d'œuvre nécessaire à la production de soins de l'Hôpital « Entreprise ». Or, la qualité de cette production, et en particulier la qualité des soins dispensés aux usagers - client de cette entreprise - va contribuer à maintenir un niveau d'activité pour l'établissement. Cela sera favorisé par la notoriété qu'il aura pu acquérir et qui sera également alimentée et objectivée par la publication des divers résultats obtenus lors des démarches d'évaluation et de certification en vigueur au niveau national.

La qualité des soins, dispensés dans les établissements de santé, est primordiale tant pour les usagers qui sont en attente du meilleur pour eux-mêmes ou pour leurs proches, que pour les établissements car ils vont être en cela « jugés », « comparés », ou « classés ». L'évaluation, présente dans le milieu de la santé depuis de nombreuses années, fait dorénavant partie du quotidien des personnels de santé hospitaliers. Cependant, l'évaluation actuellement la plus formalisée - la certification des établissements de santé - évalue des pratiques collectives. Bien que les professionnels de la fonction publique hospitalière bénéficient d'un entretien d'évaluation tous les ans portant notamment sur leurs pratiques professionnelles,

---

<sup>1</sup> Au CHAM, les charges en personnel représentent 67% des dépenses d'exploitation (données présentées à l'annexe 1).

cette évaluation individuelle est très rarement formalisée avec de réels critères et indicateurs. Rares sont les établissements ayant poussé aussi loin les évaluations de pratiques de leurs professionnels. Or, ces pratiques individuelles contribuent en grande partie à l'acquisition de la notoriété de l'établissement. Bâties sur des compétences, ces pratiques professionnelles doivent garantir aux patients-clients des soins de qualité attendus dans la prestation « achetée ». La compétence est considérée, ici, « comme la capacité d'une personne à mobiliser les ressources, qu'elle dispose en elle-même ou puisées dans l'environnement matériel ou humain, et à les combiner pour répondre de façon pertinente aux caractéristiques particulières et évolutives d'une situation ». (Guy Jobert<sup>2</sup>)

Pour garantir un niveau de compétence de ces RH et tendre vers un niveau de performance attendu, il convient de mettre en œuvre, au sein des structures de soins, des organisations et des pratiques de management qui favorisent le développement et l'acquisition des compétences professionnelles.

Le pôle de médecine dans lequel ce projet managérial est mené et qui vous sera présenté en première partie est concerné, en cette année 2013, par plusieurs changements relatifs à son environnement matériel mais également humain. Ce qui a conduit à envisager, notamment, la question du maintien de la qualité des soins dans les services impactés par ces modifications. Effectivement, selon la définition de la compétence de Guy Jobert, les changements environnementaux et humains peuvent avoir des répercussions sur les compétences des professionnels. De plus, l'évolution de la réglementation<sup>3</sup> en matière de compétences rend obligatoire, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, la participation annuelle de tout professionnel de santé paramédicaux à un programme de Développement Professionnel Continu (DPC).

Ce projet managérial a trouvé en cela son origine. Une notion de GRH, explorée à l'occasion de ce travail mais également abordée lors des enseignements de M. Xavier Marchand<sup>4</sup>, ***la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences***

---

<sup>2</sup> Professeur en sciences de l'éducation à Genève, au CNAM à Paris et président du comité scientifique de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)

<sup>3</sup> Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux.

<sup>4</sup> Responsable de l'ECUE 2 : *Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences* de l'UE 3 : *Fonction cadre supérieur*

(GPMC), avec pour sa mise en œuvre *la démarche compétence*, constituera l'essence de ce projet. Cette démarche, développée plus après, doit favoriser le développement de compétences pour les professionnels qui en bénéficient mais pas seulement. En plus, elle apporte à chacun des bénéfices dans des domaines relatifs aux conditions de travail ayant des répercussions directes sur le bien-être au travail. Ce qui est étroitement lié et tout aussi important que la qualité des soins dispensés. En tant que manager, la préoccupation du *prendre soin* du patient et de sa famille doit passer inévitablement et simultanément par le *prendre soin* des professionnels qui auront à les prendre en charge.

La mise en œuvre du projet a, quant à elle, été basée sur une démarche de management de projet auprès de l'équipe d'encadrement de proximité du pôle. Elle a consisté à créer et mettre en place des outils d'évaluation, mais également à questionner et modifier les pratiques de management, nécessaires au déploiement d'une démarche compétence auprès des RH, dans chaque service de soins du pôle. L'évaluation des compétences constitue le point d'orgue de ce projet. Elle concernera dans un premier temps les infirmier(e)s du pôle mais la démarche devra se poursuivre, au-delà des échéances universitaires, pour les autres professionnels paramédicaux présents dans le pôle.

A terme, une réelle Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) sera menée au niveau du pôle, ce qui sera aidant dans le déploiement de cette GPMC sur l'ensemble de l'établissement, dès que la mise en œuvre de la politique institutionnelle, en la matière, sera réalisée par la Direction des Ressources Humaines (DRH).

# 1. Le contexte environnemental et réglementaire

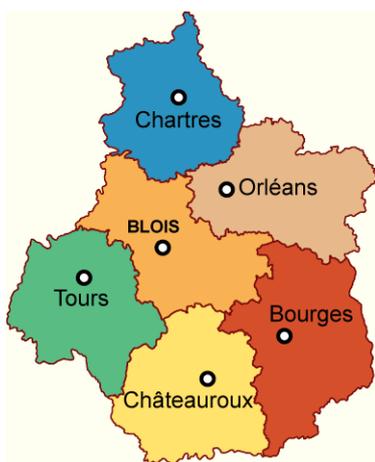
Cette partie introductive a pour objectif de vous présenter le contexte environnemental, économique et politique dans lequel le projet va évoluer.

## 1.1 Le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise

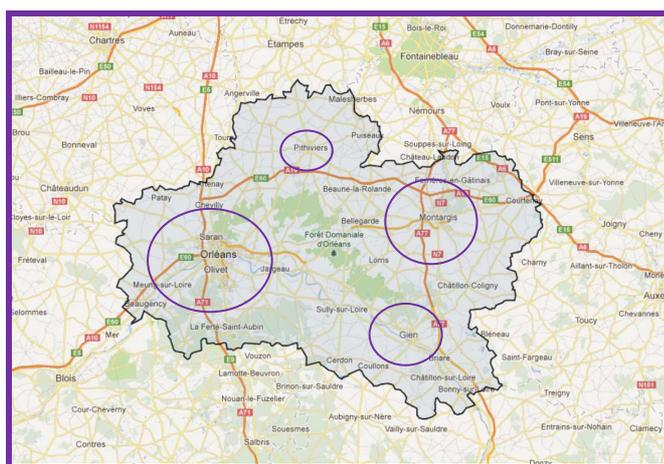
### 1.1.1 *La présentation de l'établissement*

Le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise (CHAM) est un établissement public de santé d'une capacité de 822 lits et 67 places<sup>5</sup>. Il se situe sur la commune d'Amilly, en région Centre, à l'extrême Est du département du Loiret (45). Il est en conséquence, limitrophe avec deux autres régions la Bourgogne et l'Île de France par deux de ses départements voisins, l'Yonne et la Seine et Marne.

Le Projet Régional de Santé de l'ARS de la région Centre 2012- 2016 précise que les six départements composant la région constituent chacun un territoire de santé. C'est ainsi que le CHAM se situe dans le territoire de santé du Loiret. Ce dernier est composé de quatre bassins hospitaliers : Orléans, Montargis, Pithiviers et Gien.



*La région Centre*



*Les 4 bassins hospitaliers du Loiret*

<sup>5</sup> Cf. annexe 1 : Les chiffres clé pour le CHAM en 2011

#### 1.1.1.1 Un peu d'histoire

Historiquement implanté au centre de la ville de Montargis, l'hôpital a été contraint au début des années 80, pour développer ses activités et répondre aux besoins de santé d'une population rurale vieillissante, de construire sur les communes voisines une maison de retraite de 200 lits à Chalette sur Loing et sur celle d'Amilly, un centre de cure de 80 lits. Au début des années 90, l'hôpital, devenu trop petit, bénéficie d'une construction nouvelle et rejoint le centre de cure sur la commune d'Amilly. C'est à partir de cette période que l'appellation de l'établissement change pour devenir CHAM.

Sur ce site plus vaste, le CHAM va, au fil des années, se développer géographiquement en lien avec l'accroissement de ses activités mais aussi avec les partenariats qu'il va signer avec des professionnels du secteur privé et libéral. C'est ainsi qu'à partir des années 2000, plusieurs constructions vont être réalisées par le CHAM sur le site, dans lesquelles des activités privées, sous convention avec l'établissement, vont apparaître : radiothérapie, médecine nucléaire, hémodialyse, médecine physique et réadaptation, cabinet de garde pour les médecins de ville ainsi qu'un GIE avec les radiologues de la clinique de Montargis, pour l'exploitation d'un appareil d'IRM dans un premier temps puis d'un second par la suite.

Ce sera donc sans trop de difficultés culturelles, qu'en 2008 un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), « le Pôle Sanitaire du Montargois », sera créé entre le CHAM, la SELARL de radiothérapie et d'oncologie, déjà présente sur le site, et un cabinet d'ophtalmologie de Montargis. D'autres praticiens, chirurgiens et ophtalmologues exerçant en secteur privé ou libéral, intégreront ensuite le GCS.

#### 1.1.1.2 Une question de survie financière

Depuis les années 90, avec l'arrivée sur le nouveau site, le CHAM a toujours cherché, aux yeux des tutelles, à défendre sa position d'établissement de référence dans l'Est du Loiret. Le développement des activités a toujours été favorisé même au prix d'efforts budgétaires importants, souvent supportés par le personnel dont les

effectifs n'ont pas évolué au même rythme. A l'évocation de cette période, revient en mémoire le leitmotiv de l'époque « *faire plus avec moins* ».

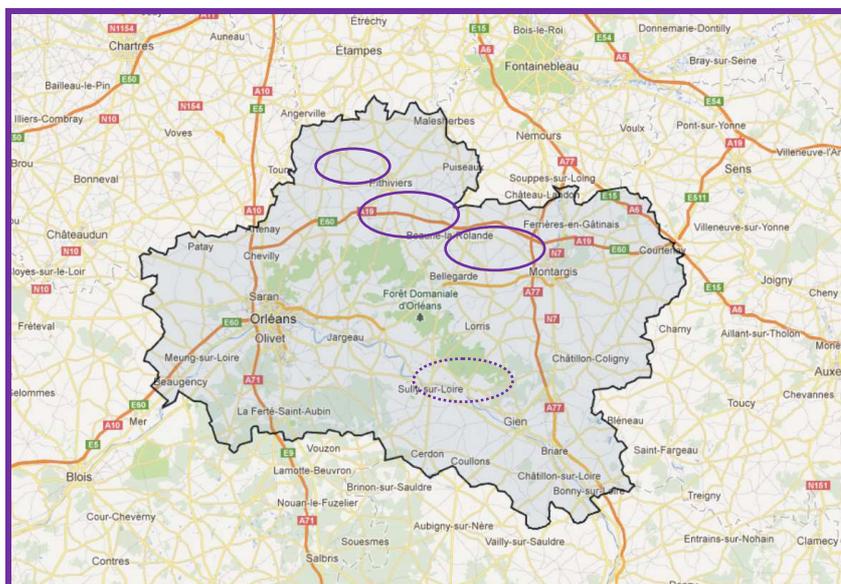
Un plan de retour à l'équilibre financier a également, au milieu des années 2000, contraint l'établissement à mener une politique de gestion des ressources humaines dans laquelle les recrutements de personnel ont été figés alors que les activités continuaient à se développer. Les principales stratégies d'économie portaient sur les ressources humaines, c'est aussi ce qui a conduit la direction générale de l'époque à ne pas adhérer à l'ANFH pour la gestion de son budget de formation continue et à le gérer en interne. Cela lui permettait effectivement de pouvoir consacrer 100% des sommes portées au budget de formation à de la formation professionnelle continue sans perdre un pourcentage du budget conservés par l'ANFH pour supporter ses coûts de gestion. C'est cette situation que nous connaissons encore à ce jour, cependant ce positionnement est actuellement remis en cause par la nouvelle direction générale, en place depuis 2 ans, compte tenu des répercussions qu'il entraîne. Effectivement, ceci prive l'établissement, entre autres, de la mise à disposition du logiciel de GPMC ou encore de certaines formations relatives à cette GPMC que l'ANFH propose uniquement à ses adhérents. Une adhésion pourrait ainsi être envisagée pour l'année 2014.

#### 1.1.1.3 *Se regrouper pour assurer son existence.*

Depuis juin 2009, une Coopération Hospitalière de Territoire, la CHT, a été créée entre le CHAM et le CH de Pithiviers, éloigné de 60 Km de Montargis, auquel est associé également l'hôpital local de Beaune la Rolande distant d'une vingtaine de kilomètres de Pithiviers. A eux trois, ces établissements couvrent l'ensemble du Nord-Est du Loiret.

Il est possible d'envisager que le CH de Gien, par sa proximité de Montargis (40 km) et sa liaison routière, en partie autoroutière, intégrera à plus ou moins long terme la CHT ce qui la renforcera aux yeux des pouvoirs publics et la confortera dans sa place de pôle de référence de l'Est du département.

La carte géographique<sup>6</sup> ci-dessous permet de situer ces localités sur une carte du département du Loiret.



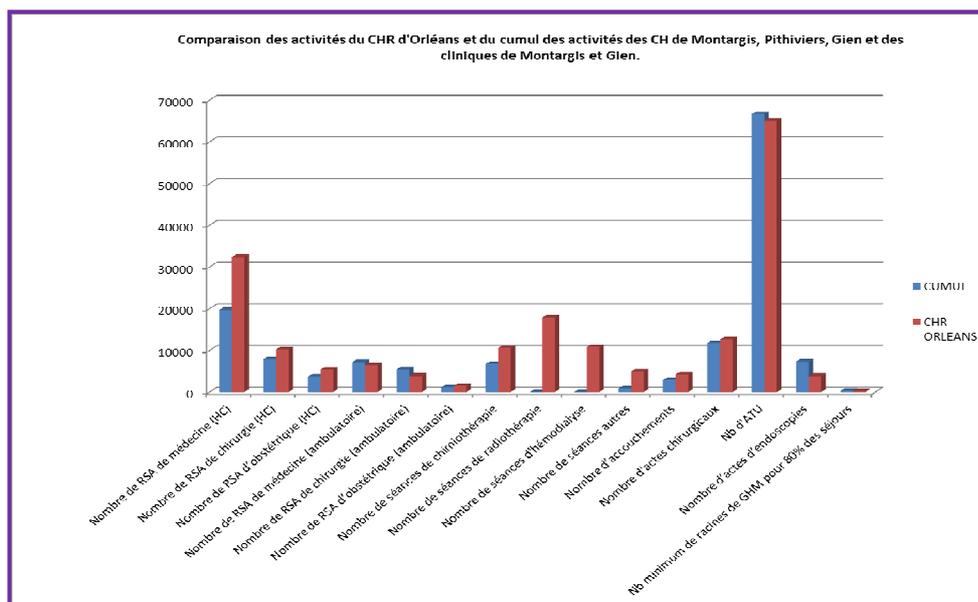
*Département du Loiret*

Le rapprochement avec la clinique de Montargis dont l'activité est très majoritairement chirurgicale, a quant à lui déjà été évoqué par l'ARS du Centre de façon informelle, et il sera nécessaire de bien considérer cette situation dans les projets des prochaines années.

Dans l'hypothèse de ces rapprochements, le territoire de santé ainsi formé serait en activité cumulée assez proche de celui constitué par le CHR d'Orléans (CHRO). Le tableau ci-après est issu des données disponibles sur le site Hospi Diag<sup>7</sup>. Il compare, pour l'année 2011, les données du CHRO et celles cumulées par les CH de Montargis, Gien, Pithiviers et les cliniques de Gien et Montargis.

<sup>6</sup> Source : <http://www.cartesfrance.fr/carte-france-departement/carte-departement-Loiret.html>

<sup>7</sup> Hospi Diag est un tableau de bord disponible sur Internet à tous les acteurs de la santé, dont la conception a été confiée par la DGOS à l'ANAP. C'est un outil unique qui permet d'explorer la performance d'un établissement de santé selon 5 composantes (activité, qualité des soins, organisation, ressources humaines et financières) et permet de comparer l'établissement avec les établissements de sa région et des établissements de profil d'activité similaire, au travers un socle commun de 67 indicateurs (informations issues du dossier de la Conférence de presse du Mercredi 30 juin 2010 sur Hospi Diag : Intérêt et enjeux d'un tableau de bord de la performance)



A la vue de ce tableau comparatif, nous constatons une relative égalité d'activité dans chacun des secteurs à l'exception de la radiothérapie et de l'hémodialyse. Or, cela ne reflète pas la réalité de l'offre de soins sur le territoire formé par ces établissements car ces activités, non comptabilisées dans le cumul effectué, sont malgré tout accessibles au niveau du CHAM, par l'intermédiaire du GCS pour la radiothérapie et en ce qui concerne l'hémodialyse par la présence du Centre de Néphrologie de Montargis qui se situe depuis 2004 dans des bâtiments construits par le CHAM. Ce centre privé à but lucratif fait partie du groupe B-BRAUN AVITUM filiale de B-BRAUN.

### 1.1.2 L'activité économique du CHAM

A ce jour, dans le département du Loiret et selon les données d'Hospi Diag, le CHAM se positionne, parmi les établissements publics, juste après le CHR d'Orléans, qui forme le bassin hospitalier le plus grand du territoire de santé et se situe à 80 kilomètres à l'Ouest de Montargis. Le CHAM se situe quant à lui devant le CH de Gien et celui de Pithiviers avec lequel, pour rappel, il forme la CHT.

L'activité économique du CHAM repose en grande partie sur ses activités médicales, obstétricales et chirurgicales. Un fort développement de l'hospitalisation en psychiatrie est aussi constaté avec la construction d'une nouvelle structure en

2010 permettant l'augmentation des lits d'hospitalisation libre et l'ouverture de lits pour l'hospitalisation sans consentement faisant passer la capacité d'accueil de 15 à 30 lits. Cette capacité est passée depuis un an à 45 et atteindra cet été sa capacité totale de 60 lits.

#### 1.1.2.1 Le suivi de l'activité : les tableaux de bord

En continuité de son investissement dans le chantier MeaH<sup>8</sup> – Comptabilité analytique - le CHAM, en 2008, a collaboré avec la société AGFA<sup>®</sup> pour créer un logiciel dont les pôles bénéficient depuis 2009, le Système d'Information Décisionnel (SID). Il est disponible pour tous les médecins et cadres des pôles, mais aussi pour toutes les directions de l'établissement, sur un portail informatique qui regroupe dans des tableaux de bord dynamiques des informations relatives à l'activité du pôle dont les données sont issues du PMSI<sup>9</sup> ou du SIH<sup>10</sup> ou encore des systèmes informatiques de comptabilité (annexe 2). Le niveau d'exhaustivité pour la valorisation des RUM<sup>11</sup> est également présenté. Chaque service pouvant ainsi constater aisément son niveau de performance en la matière et mettre en place des actions d'amélioration pour atteindre le niveau de performance attendu. Les effets sont alors rapidement constatables sur les tableaux des mois suivants.

Ce SID permet également d'avoir des données relatives au suivi des budgets délégués dans le cadre du contrat de pôle, et présente également des comparatifs avec les années antérieures.

En 2013, de nouvelles données issues du logiciel RH devraient venir compléter ce SID.

En page suivante, une copie d'écran du SID vous permettra de visualiser la forme prise par cette présentation et un échantillon des données disponibles.

---

<sup>8</sup> Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

<sup>9</sup> Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

<sup>10</sup> Système d'Information Hospitalier

<sup>11</sup> Résumé d'Unité Médicale

| Dépenses des comptes délégués, en Euros              |                             |            |                |                | Dépenses déléguées titre 2 : médicaments et dispositifs médicaux, en Euros |               |                                          |             |            |                   |                |                            |             |                |                            |                           |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|------------|----------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------|----------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------------------|---------------------------|
| POLE MEDECINE 2                                      |                             |            |                |                | Nb : délégation de produits définis par le contrat de pôle                 |               |                                          |             |            |                   |                |                            |             |                |                            |                           |
| Calcul des données en date du : 31 janv. 13 04:31:57 |                             |            |                |                | Calcul des données en date du 31 janv. 13 04:32:45                         |               |                                          |             |            |                   |                |                            |             |                |                            |                           |
| Compte délégué                                       | Libellé compte délégué      | Total 2011 | Cumulé 12/2011 | Cumulé 12/2012 | Evolution 12/2011-12/2012                                                  | Compte        | Libellé Compte                           | Budget 2011 | Total 2011 | Solde budget 2011 | Cumulé 12/2011 | Solde budget à fin 12/2011 | Budget 2012 | Cumulé 12/2012 | Solde budget à fin 12/2012 | Evolution 12/2011-12/2012 |
| H606251                                              | FOURNITURES DE BUREAU       | 1 911      | 1 911          | 2 052          | 7,38 %                                                                     | H602212       | Compte non défini Hexagone               |             | 0          |                   | 0              |                            |             | 0              |                            |                           |
| H942621                                              | PRODUITS D'ENTRETIEN        | 7 099      | 7 099          | 6 812          | -4,05 %                                                                    | H60223        | Matériel Fournit Médico-Chir Usa Uni Sté |             | 1 292      |                   | 1 292          |                            |             | 1 374          |                            | 6,4 %                     |
| H942623                                              | PRODUITS LESSIVIELS         | 2 304      | 2 304          | 2 180          | -5,39 %                                                                    | H602281       | AUTRES FOURNITURES MEDICALES             |             | 11 193     |                   | 11 193         |                            |             | 12 213         |                            | 9,1 %                     |
| H94265                                               | FOURNITURES INFORMATIQUES   | 3 545      | 3 545          | 4 176          | 17,77 %                                                                    | Récapitulatif |                                          | 16 000      | 12 485     | 3 515             | 12 485         | 3 515                      |             | 13 587         |                            | 8,8 %                     |
| H942661                                              | COUCHES ET ALESSES          | 15 712     | 15 712         | 16 925         | 7,72 %                                                                     |               |                                          |             |            |                   |                |                            |             |                |                            |                           |
| H9426634                                             | LINGE USAGE UNIQUE          | 7 078      | 7 078          | 7 394          | 4,46 %                                                                     |               |                                          |             |            |                   |                |                            |             |                |                            |                           |
| H94268                                               | CONDITIONNEMENT DES DECHETS | 4 540      | 4 540          | 4 615          | 1,66 %                                                                     |               |                                          |             |            |                   |                |                            |             |                |                            |                           |
| MED2                                                 |                             | 42 190     | 42 190         | 44 154         | 4,65 %                                                                     |               |                                          |             |            |                   |                |                            |             |                |                            |                           |

*Exemple de données de suivi budgétaire des comptes délégués*

### 1.1.2.2 L'argumentation de l'activité : la revue de gestion

Ces tableaux de bord sont, pour le chef de pôle et le cadre soignant de pôle, de véritables outils dynamiques de pilotage. Consultés régulièrement, ils renseignent sur le niveau d'activité atteint, sur l'état des recettes et des dépenses du pôle et peuvent être déterminant dans l'objectivation des projets et des choix stratégiques déterminés par le chef de pôle.

Cependant, le chef de pôle et le cadre de pôle ne sont pas isolés dans la lecture et l'interprétation des résultats car ces tableaux sont accompagnés d'un dispositif de gestion – la Revue de Gestion – qui semestriellement sert à présenter aux équipes médicales et d'encadrement les résultats obtenus dans leur pôle. Par l'objectivité des données, cela permet une prise de conscience des effets économiques des prises en charge et des activités réalisées. C'est aussi l'occasion de fixer avec l'ensemble des acteurs les axes de performance à poursuivre. Ces réunions sont conjointement menées par le médecin du DIM, la directrice des affaires financières et le contrôleur de gestion. Ces acteurs, majeurs dans l'interprétation des tableaux, permettent de conforter ou d'orienter certaines décisions stratégiques nécessaires. Exemple : incitation à la mise en place d'une organisation au sein du service de cardiologie pour permettre la valorisation des séjours des patients relevant de l'Unité de Surveillance Continue de Cardiologie (USCC).

Ce SID est évolutif, il est donc possible de solliciter le contrôleur de gestion pour obtenir de nouveaux tableaux de bord dont les données peuvent être mises à

disposition de tous les pôles ou être spécifiques au pôle demandeur. C'est ce qui va intervenir au cours de l'année 2013 pour certaines données RH. La souplesse de cet outil et la disponibilité des personnes en ayant la responsabilité sont appréciées. Ces revues de gestion sont suivies ensuite d'une présentation synthétique, pour tous les pôles, au directeur général et aux différentes directions de l'établissement en présence de tous les trios de pôle.

### *1.1.3 La délégation de gestion*

#### *1.1.3.1 Le contrat de pôle*

Depuis fin 2006, en application de l'ordonnance du 02 mai 2005 relative au plan «Hôpital-2007», le CHAM a regroupé ses secteurs de soins et médico-technique en pôles d'activité, et est entré dans l'ère de la « nouvelle gouvernance ». A ce jour, six pôles sont identifiés. Ils ont été constitués en majorité à partir des affinités médicales présentes à l'époque et peu de pôles disposent d'une logique soignante ou même économique. Certains regroupent majoritairement des services d'hospitalisation, c'est le cas du pôle qui sera présenté plus après. Un pôle se compose uniquement des services médico-technique et un autre associe services d'hospitalisation et réseau de santé.

La loi<sup>12</sup>dite « HPST » réprecise la notion de contrat de pôle et les domaines dans lesquels une délégation de gestion peut être accordée au chef de pôle par le chef d'établissement. Les premiers contrats de pôle ont été rédigés au début de l'année 2007. Signés pour une durée de quatre ans certains ont pu avoir des avenants d'ajoutés. En 2011, les contrats de pôle n'ont pas été revus, le directeur, en poste à l'époque, se sachant sur le départ en retraite imminent, souhaitait laisser cela à son successeur. En 2012, les contrats ont fait l'objet de négociations entre la direction générale et les chefs de pôle, mais à ce jour aucun contrat n'est encore signé. Le consensus sur le niveau de délégation de gestion n'a pas été trouvé, certains pôles sont disposés à assumer un fort niveau de délégation financière comme le proposait

---

<sup>12</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

la direction alors que d'autres n'y sont pas favorables. Cet état de fait n'a pas permis la rédaction des nouveaux projets de pôle.

Dans l'attente de la signature des nouveaux contrats, le contenu du précédent contrat demeure et constitue de fait la seule référence applicable et donc appliquée.

### 1.1.3.2 La Gestion des Ressources Humaines

Au sein des pôles, la délégation de gestion dans le domaine des ressources humaines, précise que le chef du pôle est responsable de l'affectation du personnel au sein des services du pôle. La mobilité des professionnels, à l'intérieur du pôle, en est facilitée et n'est donc plus soumise à la validation ni de la direction des soins ni de celle de la DRH. Il est également à noter que la direction des soins au CHAM n'intervient plus dans les recrutements des différents professionnels paramédicaux, à l'exception des cadres de santé. Pour cette catégorie de personnel, le chef de pôle et le cadre de pôle, à l'issue des entretiens de recrutement qu'ils mènent, précisent leur choix à la DRH qui prend avis auprès de la direction des soins pour valider *in-fine* le recrutement et l'affectation du cadre. Le recrutement de personnel a pris, pour le cadre de pôle, une très grande ampleur dans ses activités et compte tenu des difficultés en matière d'infirmier dans la région, il nécessite réactivité et disponibilité de la part du cadre supérieur.

Par délégation du chef du pôle, le cadre supérieur du pôle se charge donc des affectations et également prend en charge les changements d'affectation du personnel. Pour cela, il reçoit, étudie et valide les demandes de changement de service en intra-pôle. Il informe de sa décision la DRH pour que le suivi administratif des agents soit assuré et pour que l'information officielle –envoi des courriers d'affectation- soit réalisée.

L'établissement dispose d'un service RH et affaires médicales qui compte quatorze personnes pour plus de 1500 ETP. A ce jour, l'établissement a développé sa politique de GPMC en débutant par le domaine de la formation continue. Au niveau de l'évaluation des compétences, seuls les entretiens annuels d'évaluation des cadres de santé ont été formalisés. Or, comme nous avons pu le constater dans les apports

de Xavier Marchand<sup>13</sup> sur la gestion des ressources humaines et en particulier sur l'évaluation des compétences, la GPMC va bien au-delà de cette notion d'entretien annuel d'évaluation. La mise en œuvre de notre projet, conformément au souhait de la DRH, constituera une expérimentation en matière de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences et le déploiement du projet sur l'ensemble de l'établissement dépendra de sa réussite.

## **1.2 Le pôle Médecine 2**

Le pôle Médecine 2, dans lequel nous<sup>14</sup> assurons les fonctions de cadre supérieur depuis 2008, forme le périmètre géographique du projet managérial qui sera présenté ci-après.

### *1.2.1 La présentation des activités du pôle et de la restructuration à venir*

Le pôle Médecine 2 est composé de trois services d'hospitalisation conventionnelle en médecine pour les spécialités de cardiologie, gastro-entérologie, oncologie, gériatrie aiguë et pneumologie, soit 84 lits. Il comporte également une équipe mobile de gériatrie, une équipe de liaison de soins en addictologie et un plateau technique de cardiologie présent dans le service de cardiologie.

En 2013, à l'achèvement des travaux d'un nouveau bâtiment, dont le projet a bénéficié du programme d'investissement immobilier « Hôpital 2012 », un service de 30 lits sera créé pour accueillir et développer la médecine aiguë gériatrique actuellement présente dans un service du pôle qui assure également de la pneumologie. Effectivement, cette nécessité d'accroître les lits de courts séjours gériatriques était déjà présente dans le projet d'établissement précédent et cela a également été porté dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

---

<sup>13</sup> X. MARCHAND Unité d'Enseignement 3 du master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2012-2013

<sup>14</sup> Nous utilisons le « nous » comme le suggère les académismes en vigueur

L'ouverture prévue initialement pour janvier 2013 puis mars, est finalement repoussée au 17 juin 2013. Elle portera alors à 114 le nombre de lits présents dans le pôle pour 17 ETP en personnels médicaux et 135 ETP en personnels non médicaux.

Parallèlement à cette ouverture de service, des changements concernant les activités médicales du pôle sont également prévus. Effectivement, l'autorisation de l'ARS accordée à l'établissement pour développer une activité chirurgicale d'urologie carcinologique l'a conduit à recruter des chirurgiens urologues car la spécialité était très peu développée au CHAM et à identifier des lits pour cette activité nouvelle. En l'absence de place dans les services accueillant déjà de la chirurgie et compte tenu du mouvement d'activité en lien avec le déménagement de la gériatrie aiguë vers le nouveau bâtiment, le directoire de l'établissement a opté pour que cette nouvelle activité d'urologie se situe dans un des services du pôle et qu'elle en partage les ressources, matérielles et humaines avec une activité de médecine.

C'est ainsi que l'activité de gastro-entérologie, réalisée sur 20 lits, sera déplacée vers un autre service du pôle, la pneumologie passera de 8 à 10 lits et l'oncologie verra son nombre de lits modifié de 10 à 15. La nouvelle spécialité - la chirurgie urologique – sera, quant à elle, accueillie au sein du service réalisant déjà l'oncologie.

La présentation schématique du pôle et de ses changements, proposée à la page suivante, permettra de visualiser les modifications prévues à compter de juin 2013.

### Présentation du Pôle MEDECINE 2 avant transformation

| TRIO DE POLE :        |              |      |      |     |                         |                  |     |                             |                       |           |
|-----------------------|--------------|------|------|-----|-------------------------|------------------|-----|-----------------------------|-----------------------|-----------|
|                       | Chef de Pôle |      |      |     | Cadre supérieur de Pôle |                  |     | Cadre administratif de Pôle |                       |           |
| SERVICES              | CARDIOLOGIE  |      |      |     | MEDECINE E              |                  | EMG | MEDECINE D                  |                       | ELSA      |
| Unités Fonctionnelles | HC           | USIC | USCC | PTC | Gériatrie<br>aiguë      | Pneumo-<br>logie |     |                             | Gastro<br>Entérologie | Oncologie |
| Nb de lits            | 14           | 6    | 4    | 0   | 22                      | 8                | 0   | 20                          | 10                    | 0         |
| Nb de Cadres          | 1            |      |      |     | 1                       |                  |     | 1                           |                       |           |

### Présentation du Pôle MEDECINE 2 après transformation

| TRIO DE POLE :        |              |      |      |     |                         |                  |     |                             |                  |      |           |   |
|-----------------------|--------------|------|------|-----|-------------------------|------------------|-----|-----------------------------|------------------|------|-----------|---|
|                       | Chef de Pôle |      |      |     | Cadre supérieur de Pôle |                  |     | Cadre administratif de Pôle |                  |      |           |   |
| SERVICES              | CARDIOLOGIE  |      |      |     | GASTRO-PNEUMO           |                  | EMG | ONCO-CHIR URO               |                  | ELSA | MAG       |   |
| Unités Fonctionnelles | HC           | USIC | USCC | PTC | Gastro<br>Entérologie   | Pneumo-<br>logie |     |                             | Chir<br>Urologie |      | Oncologie |   |
| Nb de lits            | 14           | 6    | 4    | 0   | 20                      | 10               | 0   | 15                          | 15               | 0    | 25        | 5 |
| Nb de Cadres          | 1            |      |      |     | 1                       |                  |     | 1                           |                  | 1    |           |   |

HC : Hospitalisation Complète

USIC : Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

USCC : Unité de Surveillance Continue de Cardiologie

PTC : Plateau Technique de Cardiologie

EMG/ Equipe Mobile de Gériatrie

ELSA : Equipe de Liaison de Soins en Addictologie

MAG : Médecine Aiguë Gériatrique

HDS : Hôpital De Semaine

### 1.2.2 Les Ressources Humaines et la restructuration du pôle Médecine 2

La restructuration du pôle n'est abordée ici qu'en tant qu'élément influant du contexte et ne constitue donc pas l'objet du projet.

Comme nous venons de le préciser, le pôle Médecine 2, en cette année 2013, va vivre de nombreux changements qui impacteront inévitablement les équipes soignantes et auront des répercussions sur la performance de ces secteurs.

Bien qu'il existe, à l'heure où sont écrites ces lignes, encore beaucoup d'inconnues relatives à la mise en œuvre de tous ces changements, nous avons la certitude que cela

s'accompagnera de modifications dans la composition des équipes paramédicales. En effet, les services de médecine E et D vont voir leur personnel se répartir sur les deux nouveaux services créés. Effectivement, il aurait été possible de décider de ne pas modifier la composition des équipes paramédicales présentes dans les services concernés et de leur imposer alors la nouvelle spécialité médicale ou chirurgicale. Or, c'était, à notre sens, un risque fort de non adhésion au projet. De plus, pour un des services, la demande médicale était tout autre. C'est ainsi que nous avons proposé à la DRH après validation auprès du chef de pôle, de faire formuler à chaque professionnel de ces services leurs souhaits d'affectation par ordre de priorité. Les trois propositions possibles sont: rester dans le service de leur actuelle affectation, suivre la spécialité médicale qui se voit déplacée dans un autre service du pôle et qu'ils connaissent bien ou à défaut postuler sur les postes vacants dans les autres pôles. A noter que l'encadrement de ces deux services bénéficie également de cette même procédure. La formulation du choix sera alors traitée comme toute demande de changement de service en intra pôle et l'arbitrage sera réalisé par l'encadrement supérieur dans le cadre de la délégation de gestion en matière de RH et validation par le chef de pôle. Cependant, il conviendra pour plus d'objectivité dans le choix des affectations de disposer de critères dans lesquels le niveau de compétences du professionnel sera pris en compte. Or, pour cela, il est nécessaire de disposer d'outils d'évaluation reconnus et similaires dans chacun des services. Ce qui n'est pas disponible à ce jour.

La composition de l'équipe paramédicale du service Médecine Aiguë Gériatrique (MAG) a, quant à elle, bénéficié d'une procédure de recrutement standard. Il s'agissait, en effet, d'une création de postes. La parution et la diffusion des Avis de Vacance de Poste (AVP) en interne et à l'extérieur de l'établissement a permis de recruter et de constituer une équipe paramédicale au complet. Composée en partie de professionnels du CHAM, cette équipe accueillera également de nouveaux professionnels dont l'expérience est issue du secteur privé ou d'autres établissements publics.

Tous ces bouleversements d'équipes et d'activités médicales nous amènent à questionner les pratiques de management des cadres de proximité afin qu'ils puissent mettre en œuvre une réelle démarche compétence telle qu'elle nous est présentée dans

« *Du management des compétences au management du travail* » ouvrage coordonné par Devin B., Jouvenot Ch. et Loisil F. (2009). Comme nous l'avons précisé en introduction, la compétence d'une personne est conditionnée par ses propres ressources (connaissances, savoir-faire..) mais aussi par l'environnement matériel ou humain dans lequel elle évolue. Dans le cas précis du pôle, les services concernés par les changements d'activité vont avoir un environnement matériel qui va se trouver modifié, c'est le cas de la MAG, mais également des activités nouvelles à réaliser, ce qui sous-entend, pour les professionnels, des connaissances nouvelles ; et c'est le cas avec l'arrivée de la chirurgie urologique. Ces services vont également avoir un environnement humain qui sera différent suite aux modifications des compositions d'équipe et c'est le cas pour tous les services concernés. Les compétences des professionnels seront alors ébranlées, ce qui pourra se répercuter sur la qualité de la prise en charge des patients. C'est pour cela qu'une implication forte de l'encadrement de proximité est attendue afin d'obtenir le plus rapidement possible des compétences collectives et individuelles qui permettent une prise en charge des patients adaptée et répondant aux critères de qualité en vigueur et définis par la Haute Autorité de Santé (HAS)

### *1.2.3 La délégation de la GRH*

Dans la situation du pôle de Médecine 2, les professionnels paramédicaux concernés par les changements d'activité, à compter du mois de juin, auront donc à se positionner quant à leur souhait de rester dans leur service d'affectation et accueillir une nouvelle discipline ou de suivre une discipline connue vers un nouveau service et découvrir la spécialité qui y sera restée.

Les compétences, attendues dans chacun des services ainsi constitués, seront donc systématiquement modifiées pour chacun des professionnels de ces nouveaux services. Ce qui amènera l'encadrement du pôle à s'interroger sur les pratiques de management à mettre en place afin de garantir la qualité de la prise en charge des patients et de leur famille au sein de chaque service du pôle.

Pour constituer ces nouvelles équipes, nous aurons à considérer trois données essentielles : les compétences actuelles du professionnel, les compétences attendues

dans le service demandé et les capacités d'adaptation de cette personne aux changements. De plus, il conviendra de respecter les effectifs validés par la DRH pour chacun des services.

Nous aurons de ce fait besoin d'avoir ces données pour répondre le plus objectivement possible aux demandes de changement de service. Or, ces dernières ne font l'objet d'aucune formalisation. Bien que la DRH, en 2011, ait demandé que chaque pôle dispose bien de fiches de poste dans les services, aucune formalité, même à ce jour, tant sur la forme que sur le fond, n'a été précisée. Il n'était d'ailleurs pas demandé de lui en communiquer un exemplaire. De plus, nous nous sommes aperçue d'une divergence sur la définition de ce terme. Fiche de poste, profil de poste... Il semblera donc primordial de bien définir et d'attribuer la bonne appellation au document qui précisera les activités et les compétences attendues pour chacun des professionnels.

#### *1.2.4 La composition de l'équipe d'encadrement du pôle*

L'équipe d'encadrement de proximité du pôle se compose actuellement de quatre cadres de santé diplômés. Leur ancienneté moyenne dans la fonction approche les seize ans avec des extrêmes allant de onze à vingt-cinq ans. Cependant les expériences de chacune sont variées. L'une est cadre en service de soins depuis vingt-cinq ans avec une expérience sur deux services (SSR et actuellement médecine), deux autres sont arrivées en unité de soins depuis septembre 2012, après avoir exercé 13 ans en IFSI. Quant à la quatrième, son ancienneté est de onze ans répartis en sept ans en IFSI et quatre ans dans deux services de médecine différents. Il est à noter que les expériences de chacune en IFSI ont été acquises dans le même IFSI, celui rattaché au CHAM, dont le projet pédagogique est fortement fondé sur le principe de réflexivité, d'où des connaissances identiques quant aux méthodes et outils pédagogiques permettant l'accompagnement des étudiants. Les compétences alors acquises en la matière sont considérées pour ce projet comme des atouts. Effectivement, la démarche compétence, qui sera développée plus après (G. Le Boterf, 2000)<sup>15</sup> s'apparente assez bien à la démarche d'accompagnement en place dans cet IFSI pour laquelle ces cadres ont acquis des compétences.

---

<sup>15</sup> *La mise en place d'une démarche compétence.* PERSONNEL. N° 412 Aout septembre 2000

Il est noté que nous avons également six ans d'expérience professionnelle dans cet IFSI, d'où des pratiques et connaissances communes.

### 1.3 L'évolution des obligations réglementaires en Gestion des Ressources Humaines

Depuis les cinq à dix dernières années, les évolutions réglementaires en GRH se portent principalement sur le développement et la gestion des professionnels. Elles sont relatives à la Formation Continue (FC), au Développement Professionnel Continu (DPC), à l'évaluation ou même encore au mode de gestion des RH.

C'est pourquoi, l'évaluation des compétences professionnelles, la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences et le DPC seront ici développées car directement en lien avec le projet.

#### *1.3.1 L'évaluation des compétences professionnelles*

L'évaluation est ancienne et elle est devenue omniprésente actuellement. Elle nous suit depuis notre plus jeune âge. C'est particulièrement dans l'Education Nationale que les premiers rapports à l'évaluation vont se forger. Décrites ou plébiscitées, les évaluations demeurent très présentes tout au long de la scolarité. Or, de ces expériences, peuvent demeurer de nombreux traumatismes (Alméras 2013).

Au niveau professionnel, l'évaluation est également bien présente. Qu'elle revête des appellations et des formes différentes, l'évaluation permet de donner une valeur à une personne, de la juger, de l'apprécier ou encore de l'estimer (Petit Robert 2005). Mais ce terme « évaluation » se caractérise aussi par sa polysémie. En effet, de nombreux auteurs ayant travaillé sur ce terme soulignent qu'en fonction de notre vision du monde, nous lui donnons une fonction, une logique ou un sens différent. Cependant, elle renvoie principalement à l'acte d'évaluer. Il sera primordial dans la mise en œuvre du projet de s'assurer que l'ensemble des acteurs concernés par le projet partagent le même sens du terme évaluation.

Selon le Petit Robert : « Evaluer, c'est juger, estimer, apprécier, porter un jugement sur la valeur de... ». Selon le Larousse : « C'est apprécier le prix, l'importance de... ».

Par ces deux premières définitions, nous mesurons déjà la difficulté que rencontrera tout évaluateur pour évaluer. A savoir que toutes ces actions synonymes sont empreintes d'une forte subjectivité.

Etymologiquement, évaluer vient du vieux français « *value* » qui signifie valeur. D'un point de vue théorique, Jacques ARDOINO et Guy BERGER<sup>16</sup> différencient d'emblée l'évaluation de la mesure. A cette dernière, est associée la note qui fait appel à un référentiel précis : la norme.

Selon Charles Hadji<sup>17</sup>, « la note n'exprime qu'un jugement porté sur une valeur alors que l'évaluation correspond aux moyens mis à disposition pour apprécier la valeur ». Pour Jean Jacques BONNIOL et Michel VIAL<sup>18</sup>, évaluer c'est se poser la question du sens. Or, « Le sens n'est jamais donné ; il est toujours à construire et à reconstruire »<sup>19</sup>. « C'est pourquoi l'évaluation, pour produire du sens, fait appel à une pluralité de référentiels. »<sup>20</sup>

Concrètement, l'évaluation fait partie intégrante du management. Pour Anne RIBEROLLES<sup>21</sup> elle permet de gérer individuellement les salariés et pour X. MARCHAND<sup>22</sup>, l'évaluation est présente, schématiquement, sur le côté pile d'une pièce qui aurait pour côté face la reconnaissance des professionnels. Cette illustration nous permet de prendre davantage conscience de l'importance de l'évaluation dans la GRH et nous procure un élément de réponse quant aux demandes récurrentes de besoin de reconnaissance du personnel.

---

<sup>16</sup> ARDOINO, J. BERGER, G. *D'une évaluation en miettes à une évaluation en actes : le cas des universités*. Matrice, 1992.

<sup>17</sup> HADJI, C. *L'évaluation règle du jeu*. ESF, 1995

<sup>18</sup> BONNIOL, J. J. VIAL, M. *Les modalités de l'évaluation*. De Boeck, 1997.

<sup>19</sup> PIVETEAU, J. *L'entretien d'appréciation du personnel*. INSEP Edition, Paris, 1996. p. 206

<sup>20</sup> TOCHE, D. L'entretien annuel d'évaluation du personnel soignant. *Soins cadres*, août 2003, n°47, p.38-40

<sup>21</sup> RIBEROLLES, A. *Evaluer, évoluer : vers un nouveau dialogue en ressources humaines*, Les Editions d'Organisation, 1992

<sup>22</sup> X. MARCHAND Unité d'Enseignement 3 du master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2012-2013

### 1.3.1.1 L'évaluation à travers la réglementation hospitalière

C'est tout d'abord dans l'obligation de notation<sup>23</sup> du fonctionnaire que nous retrouvons la notion d'évaluation. En effet, la notation d'un agent est censée traduire sa valeur professionnelle, l'arrêté du 6 mai 1959<sup>24</sup> indique d'ailleurs les éléments de notation, par catégorie professionnelle et selon un barème précis. En 1983, l'obligation de communication de la note et de l'appréciation apparaît dans la loi du 13 juillet 1983.

Ensuite, l'évaluation des pratiques, préconisée par la loi de réforme hospitalière de 1991, a été réaffirmée avec les ordonnances de 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Cependant, elle ne se substitue pas à la notation malgré un objectif similaire. Cette réglementation est tout de même relativement plus récente comparée à celle de la notation.

Toute pratique professionnelle peut faire l'objet d'évaluation. Les pratiques de management sont également évaluées. Les critères ont d'ailleurs été précisés dès les procédures d'accréditation produites à l'époque par l'ANAES (reprise ensuite par l'HAS). Actuellement, dans le manuel de certification V2010, les critères concernant *La gestion des ressources humaines* sont regroupés dans la référence 3. Il est à noter que le CHAM, dans son rapport d'autoévaluation pour cette certification V3 réalisée en août 2012, s'est noté B à 74% pour le critère 3a : *Management des emplois et des compétences*. Nous constatons qu'à présent, en matière de gestion des ressources humaines, il est davantage question d'évaluation des compétences que d'évaluation des valeurs du professionnel. Cela aurait plutôt tendance à limiter la part de subjectivité toujours présente dans l'évaluation lorsqu'elle est réalisée par l'être humain.

### 1.3.1.2 L'entretien annuel d'évaluation dans la fonction publique hospitalière

L'entretien annuel d'évaluation pourrait, quant à lui, disparaître au profit de l'entretien professionnel accompagné dans le même temps de la disparition de la notation. C'est du moins ce à quoi l'expérimentation, actuellement en place depuis

---

<sup>23</sup> Loi du 19 octobre 1946

<sup>24</sup> Arrêté du 6 mai 1959 relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.

2011<sup>25</sup> dans des établissements publics volontaires, pourrait conduire. Après 2011, pour la Fonction Publique d'Etat, et 2013, pour la Fonction Publique Territoriale, 2014 serait alors, pour la Fonction Publique Hospitalière, l'année de la généralisation de l'entretien professionnel et de la fin de la notation.

Cette perspective nous conduit à revoir également les principes de l'évaluation des agents dans le pôle et d'œuvrer pour des changements de pratiques, afin de réduire autant que possible la part de subjectivité du cadre dans l'évaluation.

Dans l'entretien professionnel des agents de la fonction publique hospitalière, l'évaluation dont il est fait référence porte sur les savoir-faire et les manières de servir. L'évaluation doit permettre de qualifier tous les savoir-faire recensés dans la fiche métier de répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Pour les infirmiers, ils sont au nombre de dix<sup>26</sup> :

- Analyser / évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, relative à son domaine de compétence.
- Analyser, synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins.
- Concevoir et conduire un projet de soins, dans son domaine de compétence
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence.
- Conduire un entretien d'aide.
- Éduquer, conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet de soins.
- Élaborer et formaliser un diagnostic santé de la personne, relatif à son domaine de compétence.
- Évaluer les pratiques professionnelles de soins dans son domaine de compétence.
- Identifier / analyser des situations d'urgence spécifiques à son domaine de compétence et définir les actions.
- Identifier, analyser, évaluer et prévenir les risques relevant de son domaine, définir les actions correctives/préventives.

---

<sup>25</sup> Décret n°2010-1153 du 29 septembre 2010 portant application de l'article 65-1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>26</sup> Fiche métier 05C10 du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

L'annexe de l'arrêté du 29 septembre 2010, relatif au compte rendu d'entretien professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, précise les qualificatifs à utiliser pour l'évaluation des savoir-faire, il s'agit de :

- A développer.
- Pratique courante.
- Expert.
- Non requis.

Dans le même document, les manières de servir sont également précisées. Elles sont au nombre de trois, à savoir : « Capacité d'adaptation, Capacité à travailler en équipe, Comportement adapté dans ses relations avec autrui ». La qualification de ces manières de servir se fait par l'attribution d'une note de 1 à 4.

Bien qu'il soit précisé dans cette annexe que le chiffre 1 de cette échelle d'évaluation corresponde à « insuffisant » et le chiffre 4 à « satisfaisant », aucun autre élément d'appréciation des qualificatifs n'est donné.

Pour les compétences, il en est en même. Ce qui soulève une nouvelle fois la question de la subjectivité dans l'évaluation car comment assurer une reproductibilité de l'évaluation sans aucun critère ou indicateur précis. A défaut de pouvoir complètement résoudre cette problématique de subjectivité des évaluateurs, il convient cependant de la limiter à chaque fois que cela est possible. Un travail collectif sera nécessaire afin que l'ensemble des évaluateurs d'un même secteur opère de la même manière et avec la même interprétation.

### *1.3.2 La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences*

La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC)<sup>27</sup> est apparue depuis 2002 dans la FPH, mais demeure encore en 2013 une actualité des DRH tant elle

---

<sup>27</sup> Appellation davantage présente dans le secteur public qui correspond à la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) du secteur privé. La notion d'emploi étant davantage associé à la classification, au grade alors que la logique métier dépasse cette notion qui se rattache à un poste ou à une organisation. Le terme métier est alors plus précis.

met du temps à devenir effective. Comme précisé dans une instruction ministérielle<sup>28</sup>, la GPMC dans la FPH a surtout été marquée par les travaux de l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH), avec la création du répertoire des métiers de la FPH et par des appels à projets financés par le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) à partir de 2007. Il est également précisé dans ce texte la nécessité de poursuivre et de renforcer la dynamique engagée et de l'inscrire à présent dans une logique de Gestion Prévisionnelle des Ressources Humaines (GPRH) comme l'y incite la direction générale de l'administration et de la fonction publique. Cependant, la GPMC fait aussi partie des préoccupations d'autres organismes. En effet, l'ANAP a également retenu ce thème de travail en 2010 en faisant un appel à candidatures auprès des établissements sanitaires et en a produit en 2011 un recueil<sup>29</sup>. Elle réitère sa démarche fin 2012 en s'adressant à présent aux établissements du secteur médico-social.

La GPMC est également une des priorités de l'ANFH. Effectivement, la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV)<sup>30</sup> est en lien étroit avec la GPMC. En effet, la gestion des compétences et principalement l'acquisition de ces compétences passe par des connaissances et des savoir-faire que la formation continue se charge aussi d'apporter. C'est pourquoi, l'ANFH propose à ses adhérents de multiples formations et accompagnements sur le thème de la GPMC, tout comme le logiciel informatique GESFORM. Ce logiciel de gestion de la formation a bénéficié d'une évolution pour intégrer à présent des outils de mise en œuvre et de gestion de la GPMC. Cela aide les établissements à l'élaborer leur cartographie des métiers, première étape de la mise en œuvre de la GPMC, et leur permet la réalisation de statistiques et tableaux de bords nécessaires au pilotage des ressources humaines.

Malheureusement, le CHAM n'adhérant pas - encore - à l'ANFH, il ne peut bénéficier de ce logiciel et a dû acquérir d'autres ressources matérielles parallèles.

---

<sup>28</sup> Instruction DGOS/RHSS/MEIMMS no 2010-215 du 23 juin 2010 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de projets visant à renforcer la gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences dans les établissements de santé

<sup>29</sup> Améliorer la gestion des ressources humaines. La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. ANAP Paris 2011

<sup>30</sup> Loi n°2004-391 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie.

### 1.3.2.1 Qu'est-ce que la GPMC

La GPMC vient de la GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences) qui est une notion dont la conception a plus de 20 ans, mais elle est encore assez peu appliquée, et encore peu connue du grand public. Aussi nous constatons un flottement dans le vocabulaire utilisé pour définir le concept : gestion prévisionnelle des effectifs, gestion prévisionnelle de l'emploi ou des emplois, gestion prévisionnelle des emplois et des qualifications, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, gestion anticipative... voire plus tard gestion prévisionnelle des ressources humaines.

A la fin du XXème siècle, D. THIERRY et C. SAURET<sup>31</sup> posent cette définition :

*« La gestion prévisionnelle des emplois et compétences, c'est la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents :*

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'entreprise (en terme d'effectif et de compétences) en fonction de son plan stratégique (ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés) ;*
- en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle. »*

Ce qui revient à dire que la GPEC/GPMC est une stratégie pour l'entreprise lui permettant de s'adapter à son environnement, tout en impliquant ses salariés dans ces changements. D'après les différentes définitions retrouvées au cours de notre recherche documentaire, celle proposée par l'ANAP dans son recueil<sup>32</sup> de pratiques observées a retenu notre attention d'autant qu'elle est ciblée sur les établissements de soins. Il s'agit d'une démarche à la fois prévisionnelle et opérationnelle qui doit permettre d'anticiper et de gérer les besoins en RH pour assurer et développer les activités des établissements sanitaires et médico sociaux afin de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients.

Actuellement, la GPMC vise à développer la performance, avec une vision principalement qualitative des effectifs ce qui la distingue de la gestion des RH d'avant les années 90, qui se centrait davantage sur une vision quantitative des effectifs.

---

<sup>31</sup> THIERRY Dominique/SAURET Christian. La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences. Ed. L'Harmattan. Paris 1997

<sup>32</sup> Améliorer la gestion des ressources humaines. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. ANAP 2011

Les objectifs d'une GPMC doivent permettre d'anticiper les évolutions d'activités, développer la performance de l'établissement en faisant évoluer les compétences des professionnels, d'assurer l'employabilité des salariés, de réagir aux évolutions techniques, organisationnelles, légales ou encore environnementales et pour finir de développer l'attractivité de l'établissement face à la notion de concurrence de plus en plus fréquente dans le milieu sanitaire actuel.

### 1.3.2.2 Les outils de la GPMC

**La cartographie des métiers** représente la base de la GPMC. C'est pourquoi, cette dernière est d'ailleurs retrouvée dans bon nombre d'établissements qui se sont engagés dans la mise en œuvre de la GPMC. Nous retrouvons également cette information dans la recherche documentaire élaborée à l'occasion de ce travail. La cartographie des métiers va consister à concentrer des outils d'analyse qualitative, à savoir les fiches métiers et les référentiels de compétences mais aussi des outils d'analyse quantitative que sont les pyramides des âges et les tableaux de flux (arrivées/départs). Dans la fonction publique hospitalière, nous avons déjà à disposition le répertoire des métiers de la FPH dans lequel les fiches métiers et les référentiels de compétences ont déjà été recensés.

**La cartographie des compétences** constitue ensuite le deuxième outil de la GPMC. Elle ne peut se réaliser qu'en l'associant à l'évaluation des pratiques professionnelles. Pour cela, toutes les situations de travail des professionnels doivent être identifiées, dans chaque service ou unité de soins, et classées en deux catégories : les situations communes aux différents services et les situations spécifiques au service. Il en est de même pour les actes réalisés lors de ces situations. Cependant, il n'est pas envisageable de réaliser de façon exhaustive des évaluations pour tous les actes et situations de soins rencontrés. C'est pourquoi il conviendra d'identifier les situations et actes prédominants pour chaque métier et par service afin d'élaborer pour ceux-ci des outils d'évaluation. La cartographie des compétences est alors réalisable lorsque les savoirs et savoir-faire relatifs à chaque situation ou actes de travail sont répertoriés. Les critères et indicateurs relatifs à l'évaluation doivent être également recensés. A l'issue de l'évaluation dont les modalités peuvent varier, la cartographie des compétences sera disponible. Elle nécessite

d'avoir identifié par compétence le niveau attendu dans le service ou l'unité. La cartographie des compétences peut alors concerner chaque professionnel et être ainsi relative aux compétences individuelles mais aussi être réalisée pour matérialiser les compétences collectives d'une équipe. L'entretien professionnel permet alors la présentation de cette cartographie et à partir de celle-ci d'identifier le ou les objectifs d'amélioration à poser pour permettre le développement des compétences. L'identification des besoins de formation s'appuie objectivement sur cette cartographie individuelle ou collective des compétences. Ce qui pourra venir alimenter le Développement Professionnel Continu. (DPC)

### *1.3.3 Le Développement Professionnel Continu*

Le DPC trouve son origine légale dans l'article 59 de la Loi<sup>33</sup> dite « HPST ». C'est un dispositif nouveau qui associe l'analyse des pratiques professionnelles à l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances et des compétences. C'est une démarche d'amélioration continue qui se veut commune à tous les professionnels de santé et qui doit permettre une mutualisation des pratiques quel que soit le statut (libéral, salarié du secteur privé ou publique, fonctionnaire) et favoriser le décloisonnement entre les professionnels de santé. C'est également un excellent moyen de pression supplémentaire exercé par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour rappeler aux établissements de soins leur obligation de formation à l'égard de leurs employés.

Les professionnels médicaux ont été les premiers à être concernés par les obligations du DPC (décret 2010-1204 du 11 octobre 2010) et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, les professionnels de santé paramédicaux sont soumis à cette même obligation annuelle<sup>34</sup>.

Le DPC relève, pour chaque professionnel, d'une démarche active tout au long de son exercice professionnel.

---

<sup>33</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>34</sup> Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux

### 1.3.3.1 Objectifs du DPC

L'article 59 de la Loi HPST précise les cinq objectifs du DPC qui sont communs pour l'ensemble des professionnels de santé, médicaux comme paramédicaux. Ils se composent de l'évaluation des pratiques professionnelles, du perfectionnement des connaissances, de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que de la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

### 1.3.3.2 Enjeux et répercussions pour le pôle

Il conviendra de prendre en compte les objectifs du DPC lors de la construction du plan de formation du pôle. De plus, les besoins de formation qui pourraient être identifiés à l'issue des évaluations de compétences des agents du pôle nécessiteront la construction de programmes de formation qui répondent aux obligations du DPC tant sur la méthodologie utilisée que sur la qualité reconnue du formateur.

Le CHAM, s'il en fait la demande auprès de l'Organisme Gestionnaire du DPC<sup>35</sup> (OGDPC) et s'il répond favorablement aux obligations attendues, peut devenir Organisme de DPC (ODPC). Ce qui lui permettrait de poursuivre les actions de formation actuellement réalisées grâce aux ressources internes dont il dispose et ainsi les valoriser. A ce jour, effectivement, ce sont des professionnels du CHAM, détenant des diplômes autorisant la formation<sup>36</sup> ou disposant de compétences professionnelles le permettant<sup>37</sup>, qui réalisent la majorité des formations internes au CHAM. Les autres formations *in situ* sont dispensées par des formateurs externes, via des organismes de formation à qui le service de formation continue de la Direction des RH fait appel. Cependant, dans le cadre

---

<sup>35</sup> L'OGDPC est un GIE (groupement d'intérêt économique) constitué à parité de l'Etat et de l'Assurance-Maladie qui a été créé le 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour gérer le DPC. Ses missions sont de promouvoir le DPC, d'accompagner les partenaires du DPC, de contrôler les organismes de DPC, de gérer et coordonner le DPC des professionnels de santé libéraux et gérer les instances et le secrétariat des commissions scientifiques présentes en son sein.

<sup>36</sup> Pour exemple : le Certificat d'aptitude à former à la manutention des personnes malades et à mobilité réduite dans le cadre d'un programme de Prévention des Risques liés à l'Activité Physique et Ergonomie (PRAPE)

<sup>37</sup> Pour exemple : la Formation « soins palliatifs » dispensée par l'équipe mobile, pluridisciplinaire, de soins palliatifs et accompagnement.

du DPC, le CHAM pourrait opter pour un choix stratégique qui consisterait à constituer en son sein, par de la formation appropriée, une équipe complète de formateur DPC et ainsi, dans le cadre de la CHT pouvoir proposer des programmes de DPC répondant également aux besoins des autres établissements avec lesquels le CHAM constitue cette CHT. Cependant, cette opportunité n'a pas encore fait l'objet de réflexion.

Cependant, au sein du pôle, il serait possible d'envisager l'identification de formateur(s) DPC dans des domaines bien définis. Ce serait alors un excellent moyen de valorisation pour le(s) professionnel(s) concerné(s).

Les programmes de formation proposés par un ODPC doivent répondre à des obligations tant sur le thème du programme que sur la méthodologie. En effet, chaque programme devra être conforme à une orientation nationale ou régionale et comporter dans sa mise en œuvre un temps de formation, un temps d'analyse des pratiques, la mise en place d'actions d'amélioration, un suivi et un temps d'échange entre professionnels. Les méthodologies sont définies et publiées par la HAS.

Il conviendra pour le pôle, lors de l'élaboration du plan de formation, d'identifier le(s) programme(s) DPC souhaité(s). Dans ses pratiques managériales, l'encadrement devra s'attacher à familiariser les professionnels de santé paramédicaux aux différentes méthodologies validées par l'HAS en matière de DPC : analyse de pratiques professionnelles (APP), revue de morbidité mortalité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX)...

L'ensemble du contexte que nous venons de présenter, nous permet à présent de pouvoir développer le thème principal du projet, à savoir :

***L'évaluation des compétences professionnelles infirmières pour l'élaboration d'une cartographie de compétences.***

Effectivement, comme nous venons de l'évoquer ci-dessus, l'étape de la GPMC que nous retenons pour ce projet est constituée par l'évaluation des compétences infirmières, ce qui contribuera à l'élaboration de la cartographie des compétences pour les infirmiers de ce pôle. Cette cartographie ne représente cependant qu'une étape dans la GPMC. La cartographie des métiers, en tant que première étape de la GPMC, est également réalisée à l'occasion de ce projet mais elle ne sera pas ici développée car sa réalisation, à l'inverse de l'évaluation des compétences, avait déjà débuté avant la mise en œuvre de ce projet, ce qui n'a pas nécessité le même investissement des professionnels, ni même de l'encadrement.

C'est pourquoi, nous avons retenu de vous présenter ci-dessous et pour ce projet managérial, la démarche projet relative à la réalisation de la cartographie des compétences infirmières pour le pôle.

## 2 L'élaboration d'une cartographie des compétences infirmières sur le pôle Médecine 2

### 2.1 La portée et les limites

Mettre en place une GPMC, même qu'à titre expérimental au niveau d'un pôle, peut s'avérer être une démarche dépourvue de sens si elle n'est pas accompagnée d'une forte volonté stratégique de la direction de l'établissement. La DRH du CHAM est, en ce sens, un soutien fort pour le projet. L'inscription de la GPMC dans le projet social du projet d'établissement témoigne également de cette volonté stratégique. L'expérimentation dans le pôle Médecine 2 de cette GPMC va conduire à identifier les points forts de cette démarche ainsi que les difficultés rencontrées lors de sa mise en œuvre, dans le but d'y remédier avant son déploiement, par la DRH, sur l'ensemble de l'établissement. Au niveau du pôle, cette GPMC va contribuer à l'essor de l'évaluation des compétences et positionnera le management des cadres de santé du pôle davantage dans une démarche d'accompagnement du développement et de l'acquisition des compétences des professionnels, infirmiers dans un premier temps.

La mise en œuvre d'une GPMC est une démarche qui nécessite aussi un investissement humain important et s'étend sur plusieurs années avant de pouvoir se pérenniser. C'est pourquoi, cette expérimentation nécessitera des bilans d'étape dont le premier sera réalisé à l'issue de la réalisation initiale de la cartographie des compétences, ce qui correspondra à la fin de la campagne des entretiens annuels d'évaluation et de formation, soit fin septembre 2013. De plus, il conviendra de conserver une dynamique dans la mise en œuvre de la GPMC afin qu'elle puisse se finaliser et permettre à l'ensemble des personnels non médicaux du pôle d'en bénéficier et devenir un mode de management pour l'encadrement.

Sur le pôle Médecine 2, la GPMC va donc devoir être intégrée par l'encadrement pour être mise en œuvre et se développer ensuite sur les années suivantes. Ce changement de pratique, plus ou moins important selon les cadres, nécessite un

accompagnement et un dispositif de formation/information afin de bien délimiter et de partager le même contexte cognitif sur le sujet.

Une fois en place sur le pôle, la GPMC va concourir à anticiper l'arrivée de l'entretien professionnel concomitant à la disparition de la notation. Elle s'avérera nécessaire dans la mise en place du DPC, elle garantira aux agents plus d'objectivité dans les évaluations de leurs pratiques professionnelles, elle sera également très bénéfique, par la cartographie des compétences, pour identifier et gérer les compétences disponibles ou nécessaires en lien avec les évolutions des activités, et pour finir elle contribuera à plus de reconnaissance envers les agents et ainsi à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients et de leur famille.

Cependant, cette GPMC, et plus particulièrement l'évaluation des compétences qui la compose, rend les organisations syndicales extrêmement vigilantes quant à l'utilisation des résultats par l'encadrement ou la direction. Leurs craintes se portent surtout sur le classement des professionnels entre eux qui pourrait être produit à l'issue de ces évaluations, mais aussi sur le risque, à leurs yeux, que ce développement des compétences participe activement à la mobilité « forcée » des agents. Ces craintes ont été formulées à l'occasion de la réunion de présentation du projet. Cette menace pour la réussite du projet est à considérer avec intérêt pour optimiser les chances de réussite de la GPMC sur le pôle puis sur l'établissement.

## **2.2 Les objectifs**

Le projet d'évaluation des compétences doit garantir aux agents, nous l'avons déjà exprimé, plus d'objectivité dans l'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Cependant, les objectifs de ce projet vont également permettre de sensibiliser les équipes de soins sur la nécessité de l'évaluation comme étape nécessaire non seulement pour garantir la qualité des prises en charge, mais aussi pour contribuer à leur reconnaissance professionnelle et permettre ainsi d'influer sur le sentiment de bien-être au travail.

Travailler sur l'évaluation des compétences selon une méthodologie GPMC va solliciter l'encadrement et les professionnels pour l'élaboration des outils d'évaluation.

## 2.3 L'évaluation des compétences infirmières : quelle pratique dans le pôle

### Médecine 2 ?

Afin de constituer un état des lieux concernant l'évaluation des compétences au niveau du pôle, nous avons choisi de réaliser une enquête auprès des professionnels concernés par ce projet, à savoir les infirmiers en tant qu'évalués et les cadres du pôle en tant que responsables de l'élaboration de la cartographie des compétences.

L'encadrement de proximité de jour du pôle est constitué, comme nous l'avons déjà précisé, de quatre cadres. Cependant, à la présentation du projet en réunion avec l'encadrement du pôle, le cadre de nuit, non spécifique au pôle, a souhaité être associé à ce projet. Effectivement, les cadres de nuit, au CHAM, travaillent transversalement et sont directement sous la responsabilité de la direction des soins, positionnée dans le pôle gestion de l'établissement regroupant aussi tous les services administratifs et logistiques du CHAM. Or, à la présentation du projet à la direction des soins, cette éventualité d'associer le cadre de nuit en charge des infirmiers n'avait pas été formulée. Mais, ce cadre ayant en gestion directe, plus particulièrement, les infirmier(e)s de nuit du CHAM et donc celles du pôle Médecine 2, c'est avec satisfaction que nous l'avons intégré dans le groupe projet. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec chacun de ces cinq cadres.

#### *2.3.1 L'enquête*

Tous les professionnels infirmiers de jour du pôle mais également les infirmières de nuit, en ne retenant que celles qui sont majoritairement positionnées sur un des services du pôle, ont eu des questionnaires à compléter. Il faut savoir, en effet, que le personnel de nuit n'est pas affecté exclusivement sur un service mais exerce sur deux voire trois services différents sans même tenir compte quelques fois du périmètre du pôle. C'est pourquoi, il ne nous a pas semblé judicieux d'intégrer à l'enquête, de façon exhaustive, l'ensemble des infirmiers de nuit. Pour autant, il paraissait important de pouvoir recueillir tout de même les informations des professionnels exerçant de façon prépondérante sur le pôle.

### 2.3.2 Les objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'enquête concernant les cadres étaient :

- Identifier le niveau de pratique des cadres en matière d'évaluation des compétences infirmières et en mesurer l'écart pour chaque cadre.
- Identifier les situations d'évaluation de compétences rencontrées par les cadres.
- Recenser les outils d'évaluation de ces compétences existants et utilisés par les cadres.
- Repérer, si pour les cadres, l'entretien annuel d'évaluation apparaît parmi l'arsenal des outils d'évaluation des compétences et quelle place il occupe dans leurs pratiques managériales.

Pour les infirmier(e)s :

- Identifier le niveau de connaissances des IDE sur les compétences attendues dans le service.
- Préparer les infirmiers aux différents modes d'évaluation.
- Informer les infirmiers, par la présentation du contexte, de la modification de la réglementation avec l'obligation du DPC.

### 2.3.3 La méthodologie de l'enquête

#### 2.3.3.1 Les questionnaires

Le questionnaire, anonyme, a été remis individuellement à chaque professionnel par le cadre du service ou le cadre de nuit (annexe 3). Une date d'échéance ainsi que les modalités de retour du questionnaire ont été précisées par écrit sur le document. L'information et les précisions ont été données en réunion cadre de pôle/cadres des services du pôle et cadre de nuit. Ces réunions se tiennent tous les quinze jours.

Recherchant l'exhaustivité dans les retours des questionnaires, il a été prévu qu'un rappel soit réalisé par le cadre si à l'échéance la totalité des questionnaires n'était pas

revenue. Aucun des cadres de jour n'a eu besoin de ce rappel, tous les questionnaires étant récupérés à l'échéance. Seul le cadre de nuit a eu recours à celui-ci et a pu restituer ainsi six questionnaires sur neuf. Nous avons distribué 44 questionnaires, compte tenu de l'effectif infirmier de jour (35) et celui de nuit (9). Afin de prendre en compte les impondérables en matière d'absences longues à savoir : congés annuels ou arrêts maladie supérieurs à 15 jours ou encore congés maternité, nous avons retenu un délai de trois semaines et nous nous étions fixée un objectif minimum de retour des questionnaires à 75% de nombre total d'infirmier, jour et nuit, dans le pôle soit au minimum 33 questionnaires complétés.

### 2.3.3.2 Les entretiens semi directifs

Les entretiens avec les cadres été ont réalisés après une information écrite, relative à la démarche attendue dans le projet managérial. Un rendez-vous individuel, d'une durée d'une heure trente a été fixée, lors des rendez-vous programmés pour suivi hebdomadaire ou par contact téléphonique. L'entretien avec le cadre de nuit n'a pas pu se réaliser malgré une programmation par deux fois repoussée. En effet, les agendas respectifs ainsi que les échéances individuelles n'ont pas encore permis la réalisation de cet entretien.

Chaque entretien, réalisé à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 4), a fait l'objet d'un enregistrement audio, l'accord du cadre ayant été obtenu, et d'une prise de note dactylographiée simultanée. Les entretiens se sont déroulés soit dans un endroit neutre et calme ou dans le bureau du cadre interviewé. A chaque fois, les lignes téléphoniques, du cadre et du cadre supérieur, ont été transférés sur des collègues disponibles, afin de ne pas venir perturber la réflexion et la concentration nécessaires à l'occasion de cet entretien.

### 2.3.3.3 La présentation des résultats

Toutes les questions fermées du guide d'entretien ou du questionnaire ont fait l'objet d'une saisie informatique dans Excel. Les questions ouvertes, quant à elles, ont fait

l'objet d'une analyse sémantique par mots clés : évaluation, compétences, accompagnement du professionnel, entretien annuel d'évaluation.

Des biais ont d'emblée été envisagés. Effectivement, pour les cadres, la communication informelle, établie avec eux depuis le début de la formation en septembre, sur le contenu de celle-ci ou sur le sujet du projet managérial à réaliser, a amené une réflexion chez certaines d'entre elles. De même, entre les entretiens, des échanges peuvent avoir eu lieu entre cadres.

Pour les infirmiers, le biais est également lié à la communication qu'ils ont pu avoir à l'occasion du remplissage des questionnaires.

### *2.3.4 L'analyse des résultats*

#### *2.3.4.1 Les résultats issus des questionnaires auprès des infirmiers*

L'analyse se fonde sur les réponses apportées, par les infirmiers du pôle ou travaillant la nuit sur le pôle, au questionnaire qui leur a été remis par le cadre de santé de leur service. 35 questionnaires ont été récupérés, sur les 44 questionnaires distribués pour cette enquête. 29 sur 35 pour les équipes infirmières de jour et 6 sur 9 pour l'équipe de nuit ; soit un taux de retour de questionnaire de 79,5%. Ce taux élevé de réponses permet d'accorder une confiance aux résultats obtenus. Pour plus d'exactitude dans l'expression des résultats, il conviendra de considérer « les infirmiers ayant répondu aux questionnaires » à chaque fois qu'un résultat sera exprimé en utilisant le terme « infirmiers ». Afin de ne pas surcharger cette partie rédactionnelle, seuls certains graphiques ont été insérés au niveau de la présentation littéraire des résultats alors que les autres ont été numérotés et présentés dans l'annexe 5 qui centralise tous les graphiques réalisés à partir des résultats de cette analyse de questionnaires.

Pour plus de lisibilité, l'analyse des résultats sera introduite par une puce ➤ et la couleur de police employée sera bleue.

#### **❖ Les caractéristiques des infirmiers**

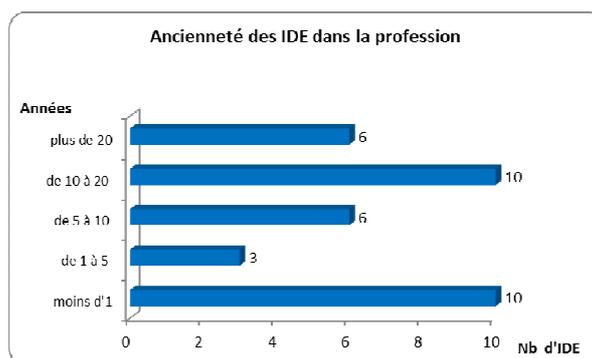
### La répartition Hommes/Femmes

Parmi les 35 infirmiers, trois sont des hommes, ce qui porte à 91% le taux de femmes parmi les infirmiers.

- Ce chiffre est relativement conforme à la moyenne nationale qui est de 88%.<sup>38</sup>

### L'ancienneté des infirmiers dans la profession

63 % des infirmiers sont diplômés depuis plus de 5 ans mais 29 % ont moins d'un an d'ancienneté.



- La proportion des infirmiers jeunes diplômés est forte. Un accompagnement de ces professionnels de la part des équipes et de l'encadrement est alors nécessaire afin qu'ils puissent développer leurs compétences pour que la qualité et la sécurité de soins dispensés soient garanties. L'évaluation des compétences est alors réalisée fréquemment, sans pour autant qu'elle soit réellement formalisée. Cependant, certaines de ces évaluations sont réclamées par le service de la DRH pour justifier de la validation des périodes d'essai des contrats de travail ou encore de la période de mise en stage avant la titularisation de l'infirmier. Bien qu'un support de restitution soit formalisé au niveau de l'institution, ces évaluations restent extrêmement subjectives par manque d'indicateurs et de formalisation de ces évaluations.

### L'ancienneté des infirmiers dans le service d'affectation

Pour 57 % des infirmiers, leur ancienneté dans le service d'affectation est égale à leur ancienneté au CHAM.

<sup>38</sup> BARLET M, CAVILLON M. *Etudes et résultats*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. N° 759 • mai 2011

- Ce fort pourcentage est induit par le nombre élevé d'infirmiers ayant une ancienneté dans la profession de moins d'un an. Ce qui revient à dire que le pôle dispose dans ses effectifs de nombreux jeunes diplômés infirmiers.

Cependant, si les jeunes diplômés infirmiers sont extraits de ces calculs, le pourcentage des infirmiers ayant une ancienneté dans le service d'affectation égale à l'ancienneté au CHAM est de 42% avec une moyenne de 11 ans d'ancienneté.

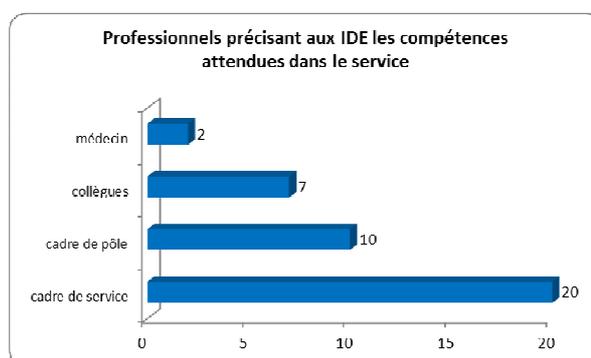
- Ces résultats traduisent également un fort immobilisme professionnel chez les infirmiers de plus d'un an d'ancienneté.

### ❖ *Les compétences infirmières*

Les infirmiers connaissent les compétences attendues à 97% (graphique 2). Pour 45% d'entre eux, elles leur ont été présentées lors de l'entretien de recrutement et pour 30% lors de l'arrivée dans le service, les autres ne formulent pas de réponse.

Un quart seulement des infirmiers disposent d'une fiche de poste (graphique 3) et 64% d'entre eux estiment que les compétences attendues dans leur service diffèrent de celles attendues dans un autre service du pôle (graphique 4).

Le graphique ci-contre illustre les réponses obtenues à la question 2.2 : « Par quelle personne les compétences vous ont-elles été précisées ? »



Pour près de 60% des infirmiers, le professionnel qui leur précise les compétences attendues est le cadre du service, puis vient le cadre de pôle à 28% et les collègues

infirmiers à 20%. Il est à noter que 5% des infirmiers estiment avoir été informés par un médecin du service.

- Les infirmiers reconnaissent avoir été informés des compétences attendues dans le service mais elles ne sont pas formalisées sur un support écrit. La fiche de poste n'est que très peu remise aux infirmiers et près des deux tiers des infirmiers estiment que les compétences attendues diffèrent entre les services dans le pôle.

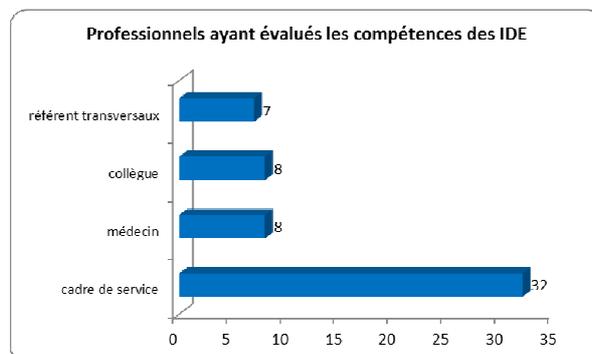
Pour les questions 6 et 7 du questionnaire, « citer une compétence attendue uniquement dans votre service » et « citer une compétence qui est commune à chaque service du pôle », la majorité des infirmiers a cité des actes ou activités. Exemples : « perfusion sur chambre implantable », « prise en charge de personnes en fin de vie » ou encore des qualités telles que « rigueur » ou « patience ».

- La notion de compétence semble imprécise pour les infirmiers et confondue avec les qualités humaines ou encore avec les activités réalisées dans les services. Il conviendra donc de préciser la définition de la compétence afin d'en partager une représentation collective mais également de rappeler les compétences présentes dans le référentiel de compétences<sup>39</sup>.

### ❖ L'évaluation des compétences infirmières

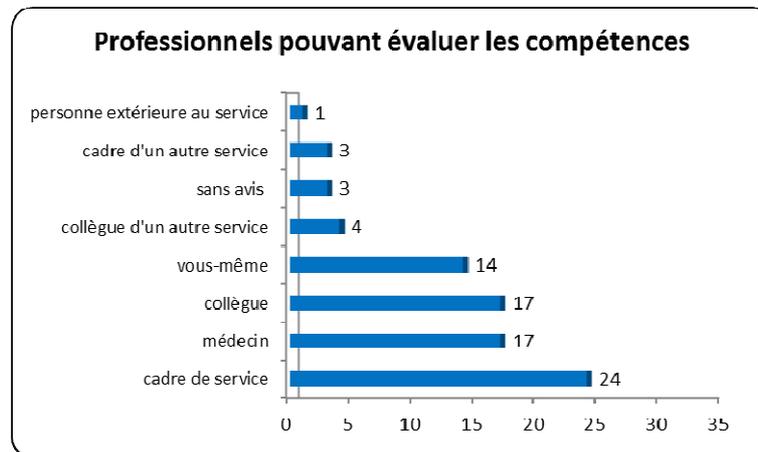
Pour 89% des infirmiers, leurs compétences ont déjà fait l'objet d'une évaluation (graphique 6). Ces dernières ont été évaluées par différents professionnels au premier rang desquels le cadre de santé se situe.

En effet, 91 % des infirmiers le citent parmi les réponses proposées (graphique ci-contre).



<sup>39</sup> Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

A la question n°16 du questionnaire, qui précisait « *selon vous, qui peut évaluer au mieux les compétences ?* », les infirmiers placent également le cadre de santé du service en tête des professionnels légitimes de leur point de vue pour l'évaluation de leurs compétences.



- La représentation des infirmiers quant à la place du cadre en tant qu'évaluateur des compétences infirmières est forte, près de 70% des infirmiers le citent parmi les professionnels pouvant évaluer leurs compétences. Or, ce professionnel n'est plus expert en soins et donc le plus à même d'évaluer les professionnels. Il peut cependant participer à l'élaboration des supports d'évaluation en collaboration avec les référents ou experts du domaine évalué (infirmière hygiéniste, infirmière référente en hémovigilance...).

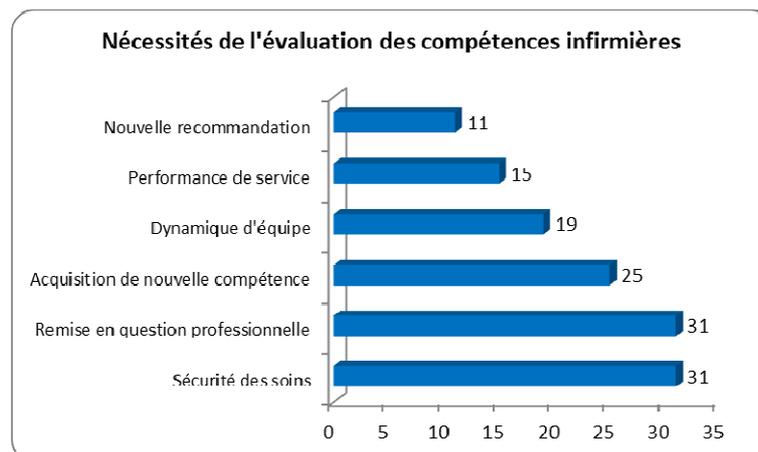
Il est à noter également que pour 50% des infirmiers, leurs collègues de service ainsi que les médecins du service représentent des évaluateurs potentiels. 40% des infirmiers se considèrent comme à même de s'évaluer.

- L'auto évaluation et l'évaluation par les collègues de travail semblent des pratiques réalisables dans les services du pôle. En effet, les professionnels admettent ces pratiques, même s'ils n'y sont pas habitués. La pratique de l'auto évaluation pour la première cartographie des compétences sera donc envisagée.

Concernant les moyens de l'évaluation, l'entretien annuel d'évaluation est cité par 86% des infirmiers (graphique 7), alors que l'audit de pratiques et l'évaluation des pratiques professionnels ne sont cités que par 20% environ.

- Comme pour les compétences, il convient d'apporter des précisions sur l'entretien annuel d'évaluation, son intérêt et son déroulement. En effet, cet entretien constitue le moment de synthèse des évaluations de l'année mais non le moment de l'évaluation en elle-même. Cette représentation des infirmiers est induite par la pratique actuelle de l'encadrement qui consiste à communiquer le résultat de l'évaluation, faite actuellement de façon majoritairement subjective, principalement à l'occasion de cet entretien.

A la question 17 concernant l'intérêt de l'évaluation des compétences, les infirmiers pouvaient proposer plusieurs réponses. C'est ainsi que 89% des IDE reconnaissent que l'évaluation des compétences contribue à la sécurité des soins et à la remise en question de chacun. L'acquisition de nouvelles compétences est citée également par 54% des infirmiers.



- Les infirmiers reconnaissent volontiers que l'évaluation des compétences a des effets bénéfiques tant sur la qualité et la sécurité des soins que sur la dynamique et la performance de l'équipe. La mise en place d'une évaluation formalisée devrait en conséquence recevoir un bon accueil.

#### 2.3.4.2 Les résultats issus des entretiens auprès des cadres

Les entretiens réalisés auprès des quatre cadres de santé du pôle sont analysés ci-dessous avec la même méthodologie de présentation des résultats infirmiers, à l'exception des graphiques, étant donné que les entretiens ne se prêtent à ce genre de présentation. A chaque utilisation du mot « cadres » il conviendra, comme pour les infirmiers, de considérer l'ensemble des cadres ayant eu un entretien.

##### ❖ **Les caractéristiques des cadres**

Les cadres ont une ancienneté moyenne de quinze ans dans la fonction, en tenant compte des périodes d'exercice en qualité de « faisant fonction ». Tous exercent au CHAM depuis leur prise de fonctions et trois d'entre eux ont exercé avant leur affectation actuelle à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du CHAM durant dix années en moyenne. Parmi ces trois cadres, deux ont pris leurs fonctions dans un service de soins du pôle à la fin de l'année 2012, un en aout et l'autre en octobre.

##### ❖ **Les compétences infirmières**

Les cadres affirment connaître les compétences infirmières qu'ils souhaitent obtenir de leur équipe. Cependant, aucun document ne les formalise. Des attendus sont verbalisés lors des entretiens de prise de poste et de suivi, mais ils concernent surtout la manière d'être dans le service et d'y travailler. Ce sont des termes comme « rigueur », « organisée », « respectueuse » qui sont le plus retrouvés.

- Il semble que les cadres centrent davantage leur évaluation de compétences sur la manière d'agir, avec la notion de savoir être. Or, c'est en la matière que l'évaluation est la plus subjective. Pourtant, l'évaluation des « manières de servir » fait partie de l'entretien professionnel et son résultat doit être

précisée dans le compte rendu de cet entretien professionnel conformément à l'annexe de l'arrêté du 29 septembre 2010.<sup>40</sup>

### ❖ L'évaluation des compétences

Tous les cadres de santé estiment évaluer les compétences infirmières de leur équipe. Cependant, ils reconnaissent ne disposer d'aucune formalisation de ces évaluations et s'appuyer, pour évaluer les compétences d'un agent, uniquement sur leurs observations ponctuelles et informelles mais aussi sur les propos tenus au sujet de cette personne par les autres infirmiers ou encore les médecins.

➤ L'absence de formalisation des évaluations laisse une large place à la subjectivité des cadres. Le besoin pour les cadres d'appuyer leur évaluation sur les avis des autres professionnels témoigne bien d'une difficulté en la matière due à une impossibilité d'être fréquemment auprès des personnes à évaluer. Cela questionne effectivement la légitimité du cadre, accordée par les équipes, à évaluer les professionnels. Cependant, c'est bien à lui qu'en revient la responsabilité. Il incombe alors au cadre de trouver l'évaluateur le plus à même d'évaluer les professionnels de son équipe et d'en formaliser la réalisation.

Il ressort des entretiens auprès des cadres ayant exercé en IFSI, que leur management en matière de gestion de compétences est davantage axé sur l'accompagnement des agents pour le développement des compétences. Ce qui est moins présent pour le cadre sans expérience en IFSI.

➤ L'expérience acquise en IFSI permet aux cadres d'aider chaque infirmier dans le développement de ses compétences, surtout chez les jeunes infirmiers diplômés pour lesquels la pratique de l'autoévaluation n'est pas encore totalement acquise. L'accompagnement de ces jeunes professionnels

---

<sup>40</sup> Annexe de l'arrêté du 29 septembre 2010 relatif au compte rendu annuel d'entretien professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

nécessite de la part du cadre un investissement en temps important. Les entretiens sont alors fréquents et l'infirmier a, en ces moments, le sentiment d'être évalué mais aussi accompagné dans cette acquisition de compétences.

A l'issue de cette enquête auprès des infirmiers et des cadres, il s'avère que l'évaluation des compétences infirmières a de l'intérêt pour la qualité et la sécurité des soins et que cet intérêt est reconnu tant des infirmiers que des cadres. La définition de la compétence, ainsi que les compétences attendues dans la profession infirmière, nécessitent, quant à elles, d'être précisées à chacun des acteurs de l'évaluation. La place du cadre dans l'évaluation doit également faire l'objet de précisions pour les infirmiers.

## 2.4 La réalisation de la première cartographie des compétences infirmières du pôle médecine 2

Afin de réaliser la première cartographie des compétences infirmières sur le pôle, plusieurs étapes sont nécessaires.

L'identification des situations de travail à évaluer constitue le point de départ de cette élaboration de la cartographie des compétences. Viennent ensuite l'identification d'une situation de soins commune aux services du pôle, la décomposition de cette situation en compétences nécessaires et la détermination du niveau requis pour chaque compétence, puis la construction du ou des outils d'évaluation des compétences. Pour finir, la formalisation de la cartographie des compétences sera réalisée et présentée individuellement lors des entretiens d'évaluation. La présentation du plan d'action vous est présentée en annexe 6 sous la forme d'un plan de Gantt.

### *2.4.1 L'identification des situations de travail*

L'encadrement du pôle s'était déjà intéressé à cette problématique à l'occasion de la rédaction du livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers, réalisés en 2010. Nous avons proposé, à cette occasion, aux équipes infirmières de chaque service de recenser parmi une liste d'activités, toutes celles qui étaient présentes dans leur service. Cette liste avait été constituée à partir des activités détaillées énumérées dans le référentiel d'activité<sup>41</sup>. L'arrivée à cette même période d'un cadre de santé dans l'équipe d'encadrement du pôle, provenant de l'IFSI du CHAM, nous avait été d'une grande aide car davantage familiarisé avec la terminologie pédagogique spécifique. Nous avons également, à cette occasion, regroupé par compétence toutes les activités de soins (cf. annexe 7).

Pour la réalisation de ce projet, les cadres du pôle ont repris ce document et ont identifié les situations de soins communes, celles dont les activités détaillées étaient

---

<sup>41</sup> Annexe I de l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

notées présentes dans chacun des services. Parmi celles-ci, une a été retenue pour contribuer à la première élaboration de la cartographie des compétences infirmières, il s'agit de la prise en charge de la douleur de l'adulte.

Ce choix, parmi les situations communes identifiées, est argumenté par le fait que cela constitue dans le manuel de certification des établissements de santé une Pratique Exigible Prioritaire (PEP). En effet, dans cette version du manuel, certains critères, estimés par la HAS comme pouvant faire levier pour la qualité et la sécurité des patients, font l'objet d'une évaluation plus ciblée. Les résultats attendus pour ces critères font d'ailleurs l'objet d'une étude systématique lors de la visite des experts visiteurs dans les établissements évalués. La dernière autoévaluation du CHAM, en août 2012, pour la certification de l'établissement (V 2010) attribue pour ce critère sur l'ensemble du secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) un B<sup>42</sup> à 80%. Cette cotation a d'ailleurs été confirmée, en février 2013, dans le rapport des experts visiteurs. Cependant, elle est très proche de la cotation C qui débute à 79,50%. La prise en charge de la douleur est donc encore perfectible pour le secteur MCO mais elle l'est encore plus au niveau du pôle. Effectivement, un audit interne sur ce thème, réalisé dans les trois services du pôle en décembre 2012, avait souligné une insuffisance de traçabilité des actions entreprises et d'évaluation de l'efficacité du traitement antalgique administré. Cela malgré des actions de sensibilisation et de formation déjà réalisées à l'occasion de la présence d'une étudiante cadre qui avait ciblé son travail sur ce sujet.

Nous avons donc estimé qu'une évaluation des compétences relatives à cette situation de soin permettrait à l'encadrement d'identifier les professionnels en manque de compétences et contribuerait à formaliser et à personnaliser davantage les actions de formation et d'encadrement sur ce sujet. En conséquence, la qualité de la prise en charge du patient en sera améliorée.

---

<sup>42</sup> Selon les dispositions prises par l'HAS, la cotation A, B, C ou D est attribuée en fonction du pourcentage obtenu par les réponses aux critères (20 points pour « oui », 14 pour « en grande partie », 7 pour « partiellement » et 0 pour « non » mais aussi par la pondération accordée aux trois thèmes de critères : « prévoir », « mettre en œuvre » et « évaluer et améliorer ». Pour les critères non PEP la cotation A est obtenue si le score est  $\geq$  à 89,50 % du score maximal, la cotation B de 59,50 à 89,49 %, la cotation C de 29,50 à 59,49 % et la cotation D de 0 à 29,49 %. Pour les critères PEP, la cotation B est obtenue de 79,50 à 89,49 % du score maximal et la C de 44,50 à 79,49 % du score maximal.

## 2.4.2 *L'évaluation des compétences infirmières*

Dans les premiers temps de l'élaboration de ce projet, l'évaluation des compétences infirmières devait porter sur une situation commune et sur une situation spécifique au service d'affectation de chaque infirmier. Cependant, nous avons dû restreindre notre première évaluation et ne conserver que la situation commune. En effet, nous n'avions pas suffisamment mesuré les conséquences engendrées par les changements d'activité à venir dans le pôle. La charge de travail relative à l'organisation des déménagements des services, à la coordination des travaux, aux recompositions d'équipes paramédicales et à la création puis présentations des organisations aux différentes instances de l'établissement, a été telle que nous avons préféré limiter et concentrer nos actions sur l'évaluation de la **prise en charge de la douleur de l'adulte**, constituant notre situation de soins commune à évaluer.

L'évaluation de la situation de soins spécifique interviendra donc ultérieurement (2<sup>ème</sup> semestre 2013) et ne sera pas présentée dans ce document. Cependant, la méthodologie employée restera similaire et pourra même bénéficier des réajustements issus de l'évaluation de cette première phase du projet.

### 2.4.2.1 *L'identification des compétences nécessaires dans la situation de soins*

A partir de la situation de soins commune, retenue pour l'évaluation, les cadres de santé du pôle ont eu à identifier chaque compétence mise en œuvre dans la réalisation de cette situation de soins. C'est ainsi qu'il leur a été nécessaire de lister tous les actes et activités réalisés au cours de cette prise en charge et de rechercher la compétence à chaque fois mise en œuvre. Pour cela, ils ont pu s'appuyer sur l'annexe II de l'arrêté du 31 août 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier et sur le livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers du pôle. Un document de synthèse a été alors rédigé (cf. annexe 8). Ce dernier précise également les critères et indicateurs retenus pour cette évaluation. Il est à noter qu'une compétence restera non évaluable au travers de cette situation de soins commune. Elle le sera probablement lors des évaluations des autres situations de soins communes ou spécifiques qu'il sera nécessaire de réaliser afin d'obtenir une cartographie des compétences beaucoup plus exhaustive et donc davantage significative.

Arrivée à cette étape, nous avons été dans la nécessité de nous interroger sur le manque de cohérence entre la cartographie des compétences que cette première évaluation allait nous permettre de constituer et l'évaluation des savoir-faire requis nécessaire lors de l'entretien professionnel. Souhaitant pouvoir concilier les deux, les cadres de santé ont dans un second temps complété le document en associant à chaque acte ou activité le savoir-faire requis, parmi ceux listés dans le fiche métier du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (annexe 9). Pour cela, les savoir-faire ont été numérotés de 1 à 10 selon l'ordre présent sur la fiche métier.

#### 2.4.2.2 L'élaboration de l'outil d'évaluation des compétences

Nous avons considéré que cette première évaluation prendrait la forme d'une autoévaluation. En effet, ce mode d'évaluation, rapide de réalisation, peut constituer le point zéro de l'évaluation des compétences et permettre de préparer ensuite les professionnels à d'autres modes d'évaluation qui ne passeraient pas systématiquement par le cadre. En effet, l'enquête, menée en amont de ce travail, nous a permis d'identifier que le cadre représentait pour les soignants un évaluateur reconnu. Or, ce n'est pas lui qui occupe la position la plus favorable, celle d'expert. Il est donc nécessaire de prévoir et de réaliser un travail de formation et d'accompagnement des professionnels afin de les préparer, par exemple, à réaliser des évaluations entre pairs et être ainsi évalués par ses pairs.

Pour cette autoévaluation, nous avons recherché le support d'évaluation le plus approprié tant pour l'évalué-évaluateur que constitue l'infirmier(ère) que pour le cadre qui en interprétera les résultats. C'est pourquoi, nous avons informatisé le plus possible les outils nécessaires à cette démarche. Un questionnaire (cf. annexe 10) a été construit au moyen du logiciel Excel. Il sera mis à disposition des infirmiers du pôle via l'informatique du service dès le début de la campagne d'entretien annuel d'évaluation. Pour les plus réfractaires à l'utilisation de l'ordinateur, un exemplaire papier sera disponible auprès de chaque cadre de service. Au retour du questionnaire, version papier, la saisie des réponses pourra être effectuée par l'agent en présence du cadre à des fins pédagogiques.

Avant l'exploitation de ce questionnaire d'autoévaluation, nous avons réalisé un test auprès d'infirmiers à qui nous avons remis un exemplaire papier de ce questionnaire et demandé de le compléter et de faire part des difficultés rencontrées tant sur la forme que sur le fond. Aucune remarque n'a été faite au cadre du service d'affectation de ces infirmiers et tous les questionnaires en test ont revenus complétés correctement du point de vue de la forme. Nous avons considéré ce document comme finalisé. Sa validation par le COPIL du projet a été obtenue le 14 mai 2013.

#### 2.4.2.3 La réalisation de l'évaluation des compétences

L'évaluation des compétences doit être réalisée en amont des entretiens annuels d'évaluation. Or, la campagne de réalisation des entretiens annuels d'évaluation débute fin mai, début juin sur le CHAM. C'est pourquoi, les questionnaires d'autoévaluation seront disponibles dès le 21 mai 2013 afin que chaque professionnel infirmier puisse réaliser son autoévaluation avant son entretien annuel d'évaluation avec le cadre du service. En effet, il sera nécessaire pour le cadre de pouvoir avoir accès à la cartographie des compétences de cet infirmier lors de la phase de préparation de l'entretien annuel. La campagne allant jusqu'à début septembre sur le CHAM, la cartographie des compétences pour l'ensemble d'un service ne sera disponible et complète qu'à compter de cette période.

Pour que cette cartographie des compétences soit la plus exhaustive possible et qu'elle reflète, de la manière la plus fidèle, le niveau de compétences de l'équipe infirmière, il conviendra d'intégrer les résultats des professionnels pouvant être absents durant cette période des entretiens annuels. Il s'agit le plus souvent d'agents en arrêt maladie avant congé maternité ou encore en congé maternité. C'est pourquoi, dans les semaines qui suivront leur retour dans le service, ces agents auront également à réaliser cette autoévaluation et la cartographie de leurs compétences pourra ainsi leur être communiquée lors d'un entretien avec le cadre.

#### 2.4.2.4 L'identification du niveau requis par compétence

Afin d'interpréter la cartographie des compétences que l'autoévaluation de la situation de soins produira pour chaque professionnel, il est nécessaire de pouvoir comparer les résultats individuels obtenus aux résultats attendus. Or cette identification des résultats attendus et donc des niveaux requis est délicate. En effet, il convient, pour la qualité de la prise en charge, d'obtenir le niveau maximum de compétences pour autant que les résultats obtenus par chacun ne soient ni sous valorisés ni sur valorisés. Il faut arriver à conserver l'effet pédagogique de cette évaluation. Pour cela, l'accompagnement du cadre est essentiel et les résultats individuels doivent absolument être commentés avec bienveillance et dans une logique de progression.

L'équipe projet a donc fait le choix de retenir dans un premier temps le niveau de « pratique courante » pour toutes les compétences. Il correspond à nos yeux au niveau attendu pour tous les agents dans la prise en charge du patient. Ce niveau fait partie des niveaux présents dans le compte rendu de l'entretien professionnel<sup>43</sup>. Cinq niveaux y sont précisés : « Non requis », « A développer », « Pratique courante », « Maitrise », « Expert ». Après une première réalisation de la cartographie des compétences, qui permettra de situer le niveau de compétence de l'ensemble des professionnels, il sera possible, si besoin, de réajuster le niveau requis à la hausse et de l'adapter aux spécialités des services. C'est ainsi que le service d'oncologie pourra décider collectivement de déplacer le niveau requis à « Maitrise » partant du principe que la prise en charge de la douleur est une situation de soins très prépondérante dans le service et constitue pour le patient un critère d'appréciation subjective important. A l'issue de cette première cartographie des compétences, il sera également possible de fixer un niveau requis individuel, supérieur au niveau requis collectif, pour que les professionnels concernés développent leurs compétences dans cette situation.

Le niveau requis individuel sera également supérieur au niveau requis, pour l'ensemble de l'équipe, lorsque le professionnel sera, de part des formations spécifiques dans le domaine, en capacité de produire une prise en charge de qualité supérieure.

---

<sup>43</sup> Annexe de l'arrêté du 29 septembre 2010 relatif au compte rendu annuel d'entretien professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

L'exemple suivant permet d'illustrer le propos : le niveau requis pour un infirmier ayant un diplôme inter-universitaire de prise en charge de la douleur sera systématiquement supérieur à celui attendu pour un infirmier avec deux ans d'ancienneté dans le métier.

D'un point de vue pratique, il a été retenu que le niveau 3 correspondant au niveau de « pratique courante » serait atteint lorsque 50% des réponses aux questionnaires seraient justes. Le niveau 2, « à développer », regrouperait tous les résultats inférieurs à 50%. Le niveau 4, « maîtrise », serait atteint, quant à lui, avec un résultat de 75% de bonnes réponses et le niveau 5, « expert », à 100%. Le niveau 1 « non requis » indique que cette compétence n'est pas attendue dans le service. Compte tenu que la cartographie actuelle n'est obtenue qu'à partir de l'évaluation d'une seule situation de soins, il convient d'interpréter le « non requis » de cette cartographie comme une compétence non attendue dans cette situation de soins.

Le mode de calcul pourra évoluer par la suite afin d'attribuer une pondération aux réponses, considérant que la réalisation de certains actes de la situation de soins est absolument incontournable d'un point de vue réglementaire, par exemple, mais aussi éthique. Quelques exemples : évaluation systématique de la douleur pour tout patient pris en charge dans le service, ou encore, transmettre au médecin immédiatement et systématiquement toute douleur aiguë survenant chez un patient.

### *2.4.3 La production des premières cartographies de compétences infirmières*

Afin de présenter à chaque infirmier la cartographie de ses compétences lors de l'entretien annuel d'évaluation, voire dans quelques temps lors de l'entretien professionnel, il a fallu poursuivre la création d'outils informatiques spécifiques. En effet, en l'absence de logiciel informatique de GPMC au CHAM, il a été nécessaire de réfléchir aux possibilités offertes par les moyens informatiques existants.

C'est ainsi que nous avons poursuivi l'exploitation du logiciel Excel. A la taille d'un pôle comme celui de médecine 2, et dans le cadre de cette expérimentation, cela semble encore réalisable. Cependant, l'élaboration des cartographies de compétences lors du déploiement de la GPMC au niveau du CHAM ne pourra se faire sans un investissement matériel par l'achat d'un logiciel de GPMC ou encore un investissement humain avec

l'embauche d'un technicien informatique voire d'un informaticien à temps dédié pour la GPMC.

La cartographie des compétences infirmières pour le pôle a donc été réalisée avec le logiciel Excel. Les réponses du questionnaire d'autoévaluation, enregistrées dans un fichier Excel, soit directement par les infirmiers lors de leur autoévaluation, soit a posteriori si la version papier a été utilisée, sont ensuite exploitées automatiquement, afin d'obtenir la cartographie individuelle de chaque infirmier.

Un fichier vierge a été créé par le groupe projet. Il regroupe :

- Les données de l'agent : Nom, Prénom, année d'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier, la date d'arrivée dans le pôle et la date d'arrivée dans le service d'affectation.
- La fiche de poste, précisant les compétences attendues et le niveau requis pour chacune d'elles.
- Les supports d'évaluation des différentes situations de travail.
- La cartographie des compétences et/ou des savoir-faire.

Chaque cadre de santé des services du pôle doit copier ce fichier et le nommer pour chaque professionnel infirmier présent. Il sera complété au fur et à mesure que l'évaluation des situations de soins dans le service évoluera.

La présentation de la cartographie des compétences à chaque professionnel lors de l'entretien annuel d'évaluation permettra un échange entre le cadre et l'agent relatif aux besoins de compétences identifiés, ce qui alimentera si besoin l'entretien de formation de l'agent. Ce dernier contribuera à l'élaboration du plan de formation du pôle et permettra également à l'agent évalué d'identifier un axe formation qu'il pourra valoriser dans le cadre de son DPC.

Certains objectifs professionnels pourront également être élaborés en se référant à cette cartographie des compétences. En effet, lorsqu'un professionnel aura atteint le niveau « expert » dans une compétence, il sera possible d'envisager avec lui de le positionner officiellement en tant que référent dans le domaine, au niveau du service, ou l'encourager à devenir formateur DPC par exemple. Tout cela contribue également à la valorisation de la personne. Cependant, le cadre devra être vigilant et ne pas attendre ce niveau de compétence pour être valorisant. Toute progression en savoir-faire ou en manière d'agir devra faire l'objet d'une valorisation verbale de l'agent. A l'inverse, une

régression devra être signalée et analysée afin de mettre en place les moyens d'y remédier.

La présentation de la cartographie des compétences telle qu'elle a été conçue permet de préciser les résultats obtenus par l'agent pour chaque compétence ou savoir-faire mais également d'avoir sur le même support les niveaux requis, pour le service, par compétence (cf. annexe 11).

A l'issue de toutes les autoévaluations individuelles, il sera possible de présenter les résultats de chacun, comparés aux résultats obtenus collectivement par l'équipe. Ainsi, l'encadrement pourra identifier plus facilement le ou les domaines dans lesquels il est nécessaire de développer des compétences et pour cela de mettre en œuvre les moyens les plus appropriés pour accompagner le développement de ces compétences auprès de ces professionnels.

C'est en cela que cet outil, la cartographie des compétences, aide à la gestion prévisionnelle des compétences.

#### *2.4.4 La communication*

La mise en place de la cartographie des compétences sur le pôle impacte inévitablement les pratiques managériales des cadres, ne serait-ce que sur les modalités de l'évaluation mais aussi sur le déroulement de l'entretien annuel d'évaluation. Les infirmiers sont, pour cette phase de mise en œuvre de la GPMC sur le pôle, les premiers concernés avec les cadres. Cependant, les autres professionnels des services du pôle vont indirectement percevoir ces changements de pratique. De ce constat, il en est donc ressorti la nécessité de réaliser une communication à destination de tous les agents du pôle.

##### *2.4.4.1 La communication auprès des cadres*

La communication autour du projet a été réalisée de façon collective mais aussi individuelle. En effet, le projet a été mis à l'ordre du jour de réunions bimensuelles réalisées entre les cadres de santé du pôle et le cadre de pôle dès l'identification du projet et sa validation par la DRH, comme cela a déjà été précisé.

Une réunion a été consacrée exclusivement à la présentation de la démarche compétence et à la méthodologie de réalisation d'une cartographie des compétences.

Les entretiens réalisés dans le cadre de l'enquête ont été également l'occasion d'échanger sur le projet et principalement sur les compétences infirmières mais surtout sur l'évaluation.

La communication s'est poursuivie à l'occasion de la mise en œuvre de cette première cartographie.

#### 2.4.4.2 La communication auprès des agents

La communication auprès des agents du pôle a été réalisée au cours d'une réunion de pôle qui s'est tenue le lundi 13 mai 2013, et dont la présentation du projet était parmi l'ordre du jour. Cela a permis d'informer les infirmiers des modifications qui interviendraient lors des entretiens annuels d'évaluation et de la nécessité de l'autoévaluation pour la situation de soins choisie.

Les autres professionnels ont été informés à cette occasion qu'une démarche identique les concernant serait entreprise sur 2014.

Cette réunion fut l'occasion également de préciser à tous les personnels l'objectif principal du projet à savoir : favoriser l'acquisition des compétences infirmières puis des autres professionnels par la suite. Elle a aussi permis de préciser que cette démarche n'était pas motivée par une volonté de l'encadrement d'imposer la mobilité aux infirmiers du pôle. Peu de remarques ont été formulées à cette occasion. L'encadrement reste cependant disponible afin d'apporter les éléments de réponse aux demandes de précisions qui pourraient émerger après un temps d'intégration par les agents de cette information.

#### 2.4.4.3 La communication auprès des organisations syndicales

Les organisations syndicales ont été conviées à une réunion de présentation du projet en février 2013, en présence également de la DRH, commanditaire du projet.

A la présentation de la démarche, il nous a fallu répondre à l'inquiétude formulée sur la mobilité des personnels et sur les pratiques d'évaluation très différentes chez les cadres au CHAM.

Les organisations syndicales ont été également sollicitées, à cette occasion, pour qu'une à deux personnes par syndicat (2 syndicats au CHAM) intègrent le COPIL.

## **2.5 L'évaluation du projet**

La mise en place de la cartographie des compétences ne pourra être évaluée qu'à son terme, à savoir à la fin de la campagne des entretiens annuels d'évaluation.

Pour cela, une évaluation quantitative sera réalisée sur les cartographies des compétences élaborées cette année et l'exhaustivité en la matière sera nécessaire. En effet, tous les infirmiers du pôle devront être en possession de leur cartographie de compétences, pour l'année 2013, à la fin du mois de septembre au plus tard.

Chaque cadre de santé d'un service du pôle aura à remettre au cadre de pôle avant la fin d'année la cartographie « collective » des compétences de son équipe infirmière, somme des cartographies individuelles. Cela contribuera également à identifier des axes de travail collectif et aidera à la détermination des objectifs annuels pour le cadre.

Les infirmiers, comme les cadres ne devront pas perdre de vue que cette cartographie 2013 n'est basée que sur l'évaluation d'une seule situation de soins, la prise en charge de la douleur de l'adulte et que chaque année, les cartographies seront réalisées en évaluant de nouveau cette situation mais en y ajoutant aussi d'autres situations de soins prépondérantes qui pourront être communes au pôle ou spécifiques au service d'affectation.

Il conviendra, d'un point de vue fonctionnel, de réaliser auprès des cadres du pôle une évaluation en lien avec l'utilisation de l'outil informatique et de relever les difficultés rencontrées lors des manipulations relatives à la réalisation des cartographies, dans le but d'y remédier. Un fichier commun de relevé des difficultés rencontrées sera constitué sur informatique et mis en partage pour les cadres de santé et le cadre de pôle.

L'ensemble des fichiers informatiques ainsi créé sera centralisé au niveau de la DRH du CHAM, qui est la seule autorisée à détenir les informations administratives et aussi les évaluations des agents.

---

---

## CONCLUSION

---

---

La conduite de ce projet managérial est l'occasion de pouvoir concilier l'intérêt personnel que je porte à l'évaluation avec les intérêts de l'évaluation des compétences pour le pôle. En effet, ma responsabilité de cadre de pôle, mais aussi ma conception de la fonction de cadre supérieur, me font placer la qualité de la prise en charge des patients au centre de mes préoccupations. Car, la qualité de cette prise en charge est une incontournable nécessité. Elle requiert, de la part tous les professionnels, des compétences adaptées. Ce qui est primordiale.

Mais les flux de professionnels, dans les équipes soignantes, remettent en question l'équilibre des compétences, à chaque départ ou arrivée. Le cadre de santé du service est alors fortement sollicité pour mettre en œuvre le rééquilibrage de cette compétence collective. Ce travail d'accompagnement du développement des compétences a toujours été pour moi l'occasion d'un épanouissement professionnel. A présent, en tant que cadre supérieur, ce travail ne se réalise plus que de façon indirecte auprès des personnels soignants des services. En effet, c'est par la politique de management mise en place dans le pôle, conjointement avec le chef de pôle, qu'il m'est possible d'impulser une certaine dynamique au management des cadres de proximité. Une autre manière de poursuivre mon intérêt pour le développement des compétences des agents a été de le reporter sur les cadres de santé du pôle. En effet, par mon management, ces derniers devront pouvoir retrouver eux aussi les conditions nécessaires à leur développement de compétences.

L'expérimentation de la GPMC sur le pôle, même à ce stade du projet, n'en est qu'à ses débuts. Cependant, il est déjà possible de constater que ce travail a permis un rapprochement entre les cadres de nuit, transversaux sur l'établissement, et les cadres de jour du pôle pour qui la problématique du développement des compétences est commune. De plus, la cartographie des compétences basée sur une évaluation formalisée aura pour effet de laisser moins de place à la subjectivité du cadre dans l'évaluation des agents qu'il réalise. La matérialisation des résultats de cette évaluation par la

cartographie des compétences favorisera la prise de conscience des compétences détenues par chacun des agents ainsi que sa marge de progression possible.

Cette cartographie des compétences pourrait également être exploitée par les professionnels désirant postuler dans un autre service du CHAM ou dans un autre établissement. La matérialisation des niveaux de compétences par cette cartographie constitue un support de base à l'entretien de recrutement. Lors des recrutements externes, en l'absence de cartographie fournie par le candidat, il sera également possible d'en constituer une, à partir de son autoévaluation pour l'ensemble des situations de soins présentes dans les activités communes et spécifiques du pôle, même si le candidat ne postule que pour un service particulier du pôle. En effet, l'entraide au sein des services étant systématiquement précisée dans les feuilles d'affectation, il est nécessaire de connaître alors le niveau de compétence du candidat pour les activités spécifiques des autres services.

A terme et selon l'évolution des organisations qu'il sera possible de mettre en place au CHAM, une mutualisation formalisée des compétences sera réalisable. Ce qui permettra sûrement à la culture de pôle de se développer davantage chez chacun des professionnels et au sentiment d'appartenance à un service, si souvent mis en avant par les professionnels pour ne pas aller « aider » dans un autre service, de laisser alors la place au sentiment d'appartenance au pôle.

Tout cela sera peut-être observable d'ici quelques années, à moins qu'une énième politique hospitalière ne vienne modifier radicalement la gouvernance actuelle et ne redéfinisse, également, de nouveaux contours de structuration des établissements de santé...

Cependant, quelles que soient les politiques hospitalières à venir, la compétence dans la réalisation des soins sera toujours attendue par le patient.

---

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

---

## TEXTES LEGISLATIFS

- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. JO du 14 juillet 1983.
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Arrêté du 6 mai 1959 relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics. JO du 16 mai 1959.
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
- Arrêté du 29 septembre 2010 relatif au compte rendu annuel d'entretien professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaire relatives à la fonction publique hospitalière.

## RAPPORTS ou GUIDES

- Améliorer la gestion des ressources humaines. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Recueil de pratiques observées. ANAP 2011
- Projet d'établissement 2010- 2015 CHAM, Projet social p161, 165

## OUVRAGES

- ALMERAS J.B. *Peut mieux faire*. Le Rayol. Editions Attila, 2013, 48 p
- DEJOUX C. *Gestion des compétences et GPEC*. Edition Dunod. Paris. 2008, 128 p
- DEVIN B., JOUVENOT C., LOISIL F. *Du management des compétences au mangement du travail*. Lyon. ANACT Editions, 2009, 303 p.
- FLUCK C., *Compétences et performances. Une alliance réussie*. Ed. Démos, 2001, 182 p
- LE BOTERF G. *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétences*. Paris. Editions d'organisation. Groupe Eyrolles, 2009, 272 p

- PAQUAY L., VAN NIEUWENHOVEN C., WOUTERS P., *L'évaluation, levier du développement professionnel*. Ed. De Boeck, 2010, 321 p
- THIERRY D., SAURET C., *La Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences*, Paris. Editions L'Harmattan, 1997, 268 p.
- VIAL M. *Se repérer dans les modèles de l'évaluation*. Paris. Editions De Boeck, 2012, 448p
- ZARIFIAN P., *Le Modèle de la compétence*, Éditions Liaisons, 2001, 114 p.

### MEMOIRES

- DOUYERE Martine. *Proposition de 2 outils de management : un référentiel de compétences infirmières en psychiatrie et une grille d'auto-évaluation*. Master des Organisations Soignantes. Ecole Supérieure Montsouris, 2011, 81p.

### ARTICLES

- La GPMC recette miracle ou usine à gaz. *La lettre du cadre territorial*. N°321 du 15 juillet 2006 pp18-21
- BRUN JP. La reconnaissance au travail. *Sciences Humaines*. Grands dossiers n°12. Malaise au travail. 2008. Disponible sur < [http://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail\\_fr\\_22737.html](http://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html) >

### SITES RESSOURCES

- <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/exemple-doutils-detablissements-de-sante-sur-levaluation-professionnelle-du-personnel-no/>
- [http://www.scienceshumaines.com/la-fievre-de-l-evaluation\\_fr\\_24277.html](http://www.scienceshumaines.com/la-fievre-de-l-evaluation_fr_24277.html)
- [http://www.michelvial.com/boite\\_01\\_05/2005-Modeles de l evaluation et formation des professionnels de la Sante.pdf](http://www.michelvial.com/boite_01_05/2005-Modeles_de_l_evaluation_et_formation_des_professionnels_de_la_Sante.pdf)
- <http://www.rh-experts.fr/articles/gpec/gpec-historique.html>
- <http://www.gazette-sante-social.fr/juridique/bilans-de-jurisprudence-la-notation-des-fonctionnaires-hospitaliers-3390.html>
- <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-d-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires-professionnelles,8653.html>

---

---

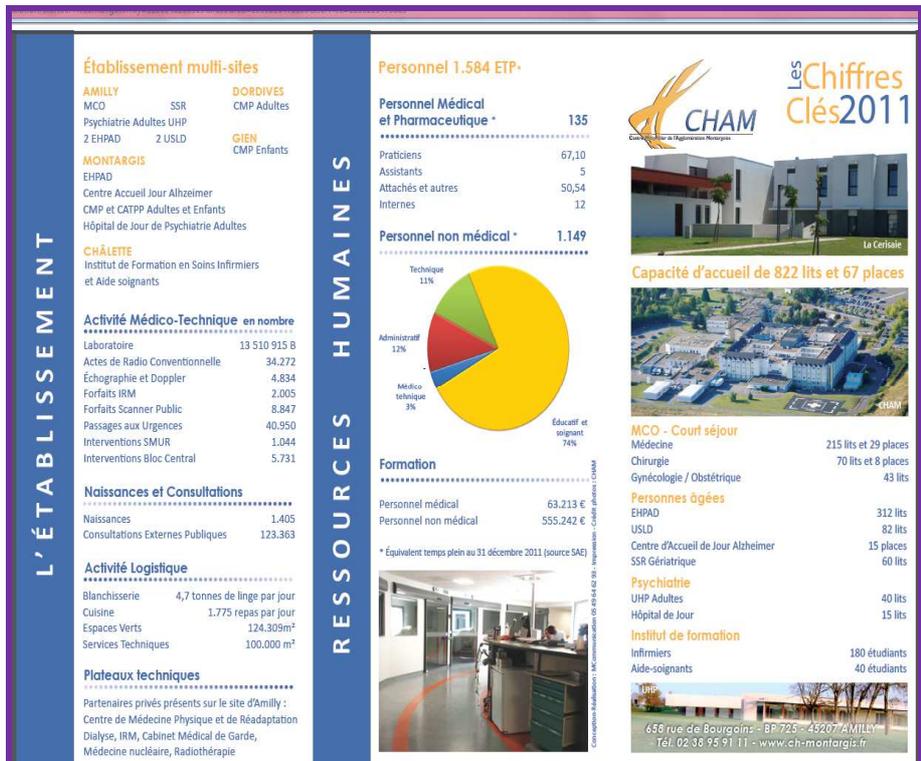
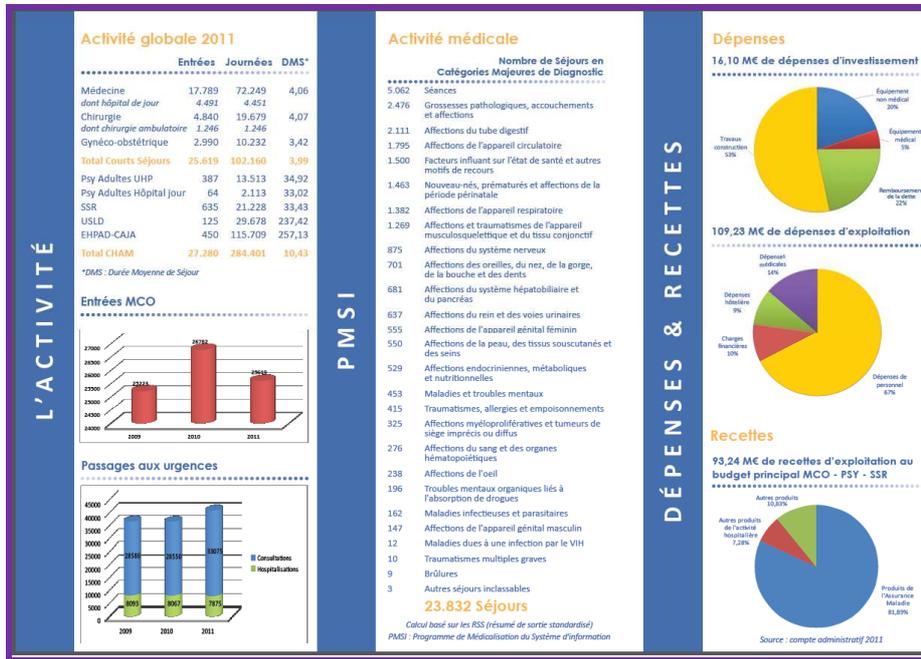
## ANNEXES

---

---

- Annexe 1 Répartition des lits et places du CHAM
- Annexe 2 Les tableaux de bord du Système d'Information Décisionnel du CHAM
- Annexe 3 Questionnaire pour l'enquête auprès des infirmier(e)s
- Annexe 4 Guide d'entretien pour l'enquête auprès des cadres
- Annexe 5 Recueil des graphiques de l'analyse de l'enquête auprès des infirmiers et des cadres
- Annexe 6 Plan d'action : mise en place d'une GPMC pour les infirmiers du pôle Médecine 2
- Annexe 7 Extrait du listing d'actes et de situations de soins présent dans le livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers pour le pôle Médecine 2
- Annexe 8 Compétences infirmières évaluées lors de la prise en charge de la douleur de l'adulte dans le pôle médecine 2 du CHAM
- Annexe 9 Fiche métier Infirmier(ère) en soins généraux du répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière.
- Annexe 10 Document d'autoévaluation de la situation de soins commune : la prise en charge de la douleur de l'adulte
- Annexe 11 Cartographie des compétences
- Annexe 12 Plan de Gantt du Projet Managérial

Les chiffres clés pour le CHAM en 2011



## Annexe 2

### Les tableaux de bord du Système d'Information Décisionnel du CHAM 2 exemples de tableaux de bord disponibles au CHAM

#### 1<sup>er</sup> exemple :

Tableau du haut :

*Suivi de l'activité à partir des données du PMSI, pour les disciplines présentes dans le pôle Médecine 2 avec les comparatifs sur les 2 années antérieures.*

Tableau du bas :

*Taux de RUM valorisés par Unité médicale.*

**Pôle MED2** Calcul des données en date du 8 févr. 13 11:57:40 Vision à M-1

| Spécialité               | Fin 12/2010     |              |                  |                     | Fin 12/2011     |              |                  |                     | Fin 12/2012     |              |                  |                     |
|--------------------------|-----------------|--------------|------------------|---------------------|-----------------|--------------|------------------|---------------------|-----------------|--------------|------------------|---------------------|
|                          | Nbre de séjours | Nbre de Rum  | Nbre de journées | Mt Ghs              | Nbre de séjours | Nbre de Rum  | Nbre de journées | Mt Ghs              | Nbre de séjours | Nbre de Rum  | Nbre de journées | Mt Ghs              |
| Cardiologie CMD          | 1 205           | 1 688        | 7 895 j          | 4 491 128 €         | 1 223           | 1 671        | 7 684 j          | 4 326 186 €         | 1 199           | 1 737        | 7 616 j          | 4 619 081 €         |
| Gastro-Entérologie CMD   | 1 048           | 1 076        | 7 044 j          | 2 954 684 €         | 1 079           | 1 100        | 6 641 j          | 2 662 113 €         | 1 266           | 1 356        | 10 204 j         | 4 185 298 €         |
| Médecine E CMD           | 819             | 837          | 8 946 j          | 3 164 840 €         | 980             | 999          | 10 722 j         | 3 932 924 €         | 992             | 1 025        | 10 966 j         | 4 225 304 €         |
| Oncologie 2 CMD          | 289             | 321          | 3 497 j          | 1 086 013 €         | 316             | 372          | 3 337 j          | 1 410 132 €         | 8               | 8            | 131 j            | 43 079 €            |
| Unité soins continus CMD | 228             | 261          | 1 992 j          | 1 310 014 €         |                 |              |                  |                     |                 |              |                  |                     |
| <b>Niveau pôle CMD</b>   | <b>3 461</b>    | <b>4 183</b> | <b>29 374 j</b>  | <b>13 006 678 €</b> | <b>3 527</b>    | <b>4 142</b> | <b>28 384 j</b>  | <b>12 331 355 €</b> | <b>3 398</b>    | <b>4 126</b> | <b>28 917 j</b>  | <b>13 072 761 €</b> |

Données calculées le 8 févr. 13 à 10:27:04 Tranches : 0 à 90% 90 à 99,5% 99,5 à 100%

**Taux de Rum valorisés par Unité hébergeante**  
Nombre de Rum valorisés / Nombre de sorties des unités hébergeantes

**Pôle MED2**

| % de Rum valorisés/sorties unités hébergeantes | 02   | 03             | 04             | 05             | 06             | 2012          |                |                |                |               |               | 2013          |               |              |
|------------------------------------------------|------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
|                                                |      |                |                |                |                | 07            | 08             | 09             | 10             | 11            | 12            | 01            | 02            |              |
| Cardiologie                                    | 8400 | CARDIOLOGIE HB | 100,0 %        | 101,2 %        | 100,0 %        | 100,0 %       | 98,6 %         | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %       | 98,6 %        | 100,0 %       | 98,6 %        | 0,0 %        |
|                                                | 8403 | USIC HB        | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %       | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %       | 100,0 %       | 97,2 %        | 98,0 %        | 0,0 %        |
| Gastro-Entérologie                             | 8404 | USCC CARDIO HB | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %       | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %        | 108,3 %       | 100,0 %       | 100,0 %       | 98,0 %        | 0,0 %        |
|                                                | 8420 | MED D HB       | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %       | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,9 %        | 100,0 %       | 99,2 %        | 94,7 %        | 27,8 %        | 0,0 %        |
| Médecine E                                     | 8440 | MEDECINE E HB  | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %        | 98,9 %        | 100,0 %        | 100,0 %        | 100,0 %        | 99,0 %        | 100,0 %       | 97,8 %        | 58,1 %        | 0,0 %        |
| <b>Niveau pôle</b>                             |      |                | <b>100,0 %</b> | <b>100,3 %</b> | <b>100,0 %</b> | <b>99,7 %</b> | <b>100,0 %</b> | <b>100,0 %</b> | <b>100,3 %</b> | <b>99,7 %</b> | <b>99,7 %</b> | <b>97,0 %</b> | <b>39,7 %</b> | <b>0,0 %</b> |

#### 2<sup>ème</sup> exemple :

*Suivi de l'activité avec un comparatif mois de l'année N avec mois de l'année N-1*

Pmsi MED2    Activité MED2    Bloc MED2    Icsha MED2    Consom. actes MED2    Finances MED2    Gestion économique MED2    Activité PSYCH    Consom. actes

---

**Activité hospitalière (sur UF traitantes)**  
**POLE MEDECINE 2**  
Calcul des données en date du : 31 janv. 13 03:52:46 Détail par UF traitante

| Données administratives | Total 2011 | Cumulé 12/2011 | Cumulé 12/2012 | Evolution 12/2011-12/2012 |
|-------------------------|------------|----------------|----------------|---------------------------|
| Entrées                 | 4 138      | 4 138          | 4 188          | 1,21 % ↗                  |
| Sorties                 | 4 141      | 4 141          | 4 193          | 1,26 % ↗                  |
| Journées facturables    | 28 765     | 28 765         | 29 681         | 3,18 % ↗                  |
| DMS annuelle            | 6,81       | 6,81           | 6,95           | 2,05 % ↗                  |

**Entrées/Journées facturables (sur UF traitantes)**  
**POLE MEDECINE 2**  
Calcul des données en date du : 31 janv. 13 03:51:51

**Journées facturables par mois 2011-2012**

**Entrées par mois 2011-2012**

---

**Consultations publiques produites par le pôle - Activité Patients Externes (gratuits compris)**  
**POLE MEDECINE 2**  
Calcul des données en date du : 31 janv. 13 04:13:06 Détail par UF productrice

| C-CS et CCAM | Total 2011 | Cumulé 12/2011 | Cumulé 12/2012 | Evolution 12/2011-12/2012 |
|--------------|------------|----------------|----------------|---------------------------|
| Actes CCAM   | 3 182      | 3 182          | 3 825          | 20,21 % ↗                 |
| Actes NGAP   | 2 057      | 2 057          | 2 602          | 26,49 % ↗                 |

**Consultations produites par le pôle pour les autres services - Activité Patients Hospitalisés**  
**POLE MEDECINE 2**  
Calcul des données en date du : 31 janv. 13 03:59:11 Détail par UF productrice

| C-CS et CCAM | Total 2011 | Cumulé 12/2011 | Cumulé 12/2012 | Evolution 12/2011-12/2012 |
|--------------|------------|----------------|----------------|---------------------------|
| Actes CCAM   | 2 831      | 2 831          | 3 276          | 15,72 % ↗                 |
| Actes NGAP   | 177        | 177            | 240            | 35,59 % ↗                 |

## Annexe 3

### L'évaluation des compétences infirmières

~~~~~  
Contexte:

La récente réglementation concernant le Développement Professionnel Continu (DPC) pour les infirmier(e)s dans laquelle l'évaluation des compétences devient obligatoire, les nombreuses embauches de jeunes diplômé(e)s intervenues ces derniers mois pour cette catégorie professionnelle et les changements de service à venir à l'occasion des modifications d'activité dans le pôle, conduisent l'encadrement du pôle Médecine 2 à évaluer ses pratiques de l'évaluation et à en redéfinir les objectifs. Ceci afin de garantir à chaque professionnel une acquisition et un développement de compétences et aux patients et à leur famille une performance de la prise en charge paramédicale. Pour se faire, nous souhaiterions effectuer un état des lieux avant la mise en place du DPC.

Par vos réponses et par la sincérité que vous y apporterez, vous contribuerez ainsi à cette évolution. Soyez-en remercié par avance.

~~~~~

#### **Les compétences infirmières**

1. Connaissez-vous les compétences infirmières attendues dans le service ?  OUI  NON
  2. Vous ont-elles été précisées ?  OUI  NON
    - 2.1. Si oui, à quel moment vous ont-elles été précisées ? (cocher la case qui correspond au 1<sup>er</sup> moment)  
 A l'entretien de recrutement  A votre arrivée dans le service  A l'entretien annuel d'évaluation
    - 2.2. Par quelle personne ?  Cadre de pôle  Cadre de service  Médecin  Collègue
  3. Disposez-vous de votre fiche de poste ?  OUI  NON
  4. Cette fiche de poste précise-t-elle les compétences attendues ?  OUI  NON  NE SAIT PAS
  5. Pensez-vous que les compétences attendues dans le service diffèrent de celles attendues dans un autre service du pôle Médecine 2 ?  OUI  NON
  6. Citer une compétence attendue uniquement dans votre service d'affectation.
- 
7. Citer une compétence qui est commune à chaque service du pôle.

#### **L'évaluation des compétences**

8. Vos compétences ont-elles déjà été évaluées ?  OUI  NON  NE SAIT PAS
9. Par qui sont-elles évaluées généralement ?  cadre du service  collègue  autre (à préciser)  
 médecin  ne sais pas .....  
 référent transversaux (hémovigilance, hygiène...)

### Annexe 3

10. Par quels moyens ont-elles été évaluées?

- |                                                                                      |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Audit de pratique                                           | <input type="checkbox"/> Entretien annuel d'évaluation                                |
| <input type="checkbox"/> RMM : Revue de <b>M</b> orbidity <b>M</b> ortality          | <input type="checkbox"/> EPP : Evaluation de <b>P</b> ratique <b>P</b> rofessionnelle |
| <input type="checkbox"/> GAP : <b>G</b> roupe d' <b>A</b> nalyse de <b>P</b> ratique | <input type="checkbox"/> CREX : <b>C</b> omité de retour d' <b>e</b> xpérience        |

11. A quand date la dernière évaluation de vos compétences ?  Moins de 1 mois  Plus de 6 mois  
 De 1 à 6 mois  Ne sait pas

12. Avez-vous déjà eu un entretien annuel d'évaluation avec votre cadre  OUI  NON

13. L'évaluation de vos compétences a-t-elle est abordée lors de cet entretien  OUI  NON

14. Au cours de l'entretien vous a-t-on précisé :

- |                                                                |                              |                              |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 14.1. Les compétences maîtrisées que vous pourriez transmettre | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 14.2. Les compétences que vous maîtrisez dorénavant ?          | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 14.3. Les compétences restant à développer ?                   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 14.4. Les compétences à acquérir ?                             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

15. Des formations, en lien avec cette évaluation, vous ont-elles été proposées au cours de cet entretien ?  OUI  NON

16. Selon vous, qui peut évaluer au mieux les compétences ?

- |                                                   |                                              |                                                      |                                    |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cadre du service         | <input type="checkbox"/> médecin             | <input type="checkbox"/> collègue du service         | <input type="checkbox"/> sans avis |
| <input type="checkbox"/> cadre d'un autre service | <input type="checkbox"/> personne extérieure | <input type="checkbox"/> collègue d'un autre service | <input type="checkbox"/> vous-même |

17. Selon vous en quoi l'évaluation des compétences professionnelles est-elle nécessaire ?(plusieurs cases peuvent être cochées)

- |                                                 |                                                                                            |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sécurité des soins     | <input type="checkbox"/> remise en question professionnelle                                |
| <input type="checkbox"/> dynamique d'équipe     | <input type="checkbox"/> acquisition nouvelle compétence (ex : éducation thérapeutique...) |
| <input type="checkbox"/> performance de service | <input type="checkbox"/> nouvelles recommandations                                         |
| <input type="checkbox"/> Autres (à préciser)    |                                                                                            |

---

#### **Informations vous concernant**

18. Depuis combien d'années êtes-vous infirmier(e) ?

- |                                                  |                                                      |                                              |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moins d'1 an            | <input type="checkbox"/> De 5 ans à moins de 10 ans  | <input type="checkbox"/> De 20 ans à au-delà |
| <input type="checkbox"/> De 1an à moins de 5 ans | <input type="checkbox"/> De 10 ans à moins de 20 ans |                                              |

19. Depuis quelle année êtes-vous infirmier(e) au CHAM ? .....

20. En quelle année êtes-vous arrivé(e) dans le service ? .....

21. Etes-vous  Un infirmier ?  Une infirmière ?

***IMPORTANT : Merci de retourner ce questionnaire par courrier interne à Sylvie Rousseau Cadre de Pôle Médecine 2 ou de le remettre à votre cadre de service avant le 10/03/2013.***

*Merci de votre participation*

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| <b>Grille d'entretien semi directif /cadre de santé.</b> |
|----------------------------------------------------------|

Nom Prénom : ..... Autorisation d'enregistrer l'entretien : OUI NON  
Service : .....

**Questions destinées à entrer en communication**

1. Depuis quelle année êtes-vous dans l'établissement, dans le pôle et dans le service ?
2. Depuis quelle année exercez-vous les fonctions de cadre de santé ?
3. De quelle année date votre formation cadre?
4. Dans quels services ou lieux avez-vous exercé les fonctions de cadre de santé avant d'arriver sur le poste occupé actuellement ?

**Questions abordant la notion de performance.**

5. Comment définissez-vous la performance ?
6. Avez-vous déterminé le niveau des compétences professionnelles attendues dans votre service ? Si oui, comment ? (quels sont les critères et indicateurs utilisés) Si non, pourquoi ?

**Questions relatives à l'évaluation des compétences des infirmier(e)s.**

7. Évaluez-vous les compétences des infirmier(e)s ? Dans quel(s) service(s) ?
8. Comment les évaluez-vous et à quelle fréquence ?
9. Disposez-vous d'outils institutionnels pour réaliser ces évaluations ? (référentiel, grilles d'entretien...) Vous en êtes-vous construits ? *recupérer un exemplaire*
10. Quelle est l'utilité de ces évaluations?
11. Le professionnel évalué est-il informé du résultat de l'évaluation et de quelle manière ?

**Questions en lien avec le management des compétences pour les nouveaux professionnels.**

12. Avez-vous accueilli de nouveaux professionnels infirmiers dans votre service au cours des 6 derniers mois ?
13. A partir de quand et comment estimez-vous que ces nouveaux professionnels ont acquis les compétences attendues dans le service ?
14. Ces compétences sont-elles identifiées et ces professionnels en ont-ils connaissance ? Sur quel support sont-elles recensées ?
15. Disposez-vous de fiches de postes dans le service
16. Les remettez-vous à chaque infirmier(e) recruté(e)
17. Les compétences attendues sont-elles précisées dans la fiche de poste ? *recupérer un exemplaire*
18. Les pratiques professionnelles font-elles l'objet de réunion de service ou sont-elles mises à l'ordre du jour de réunion de service ?
19. Avez-vous réalisé dans le service des audits d'observation des pratiques professionnelles ? Si oui, quel(s) intérêt(s) y avez-vous trouvé(s) et à quelle fréquence habituellement les réalisez-vous ? *date du dernier audit réalisé?* Si non pensez-vous qu'ils pourraient être utiles et en quoi ?
20. Les évaluations de pratique professionnelle participent-elles à la formation des professionnels ?

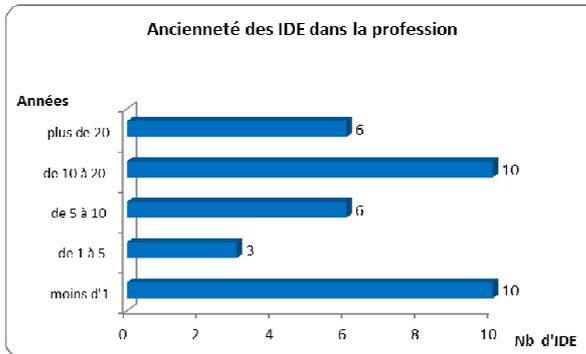
**Question complémentaire pour une expression plus large**

21. Souhaitez-vous évoquer autre chose à propos de la Performance, la Compétence ou de l'Évaluation ?

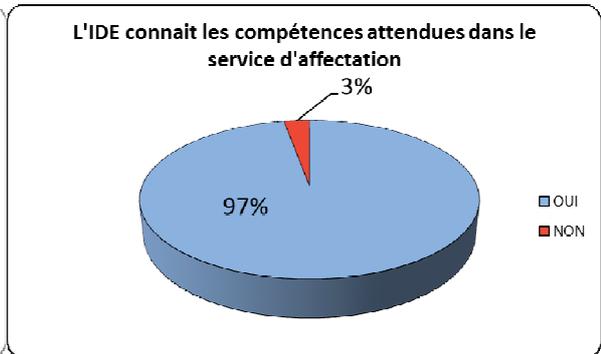
*Remerciements à formuler et indiquer la fin de l'enregistrement (si nécessaire)*

# Annexe 5 Recueil des graphiques de l'analyse de l'enquête auprès des IDE et des cadres

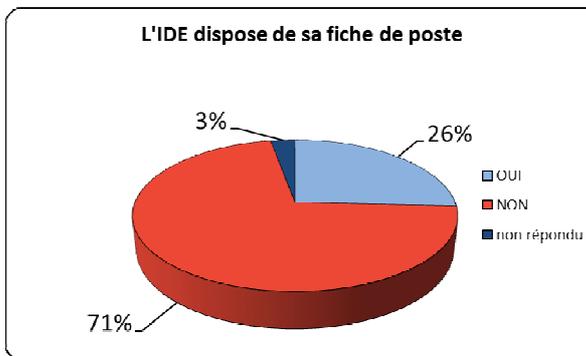
**Graphique 1**



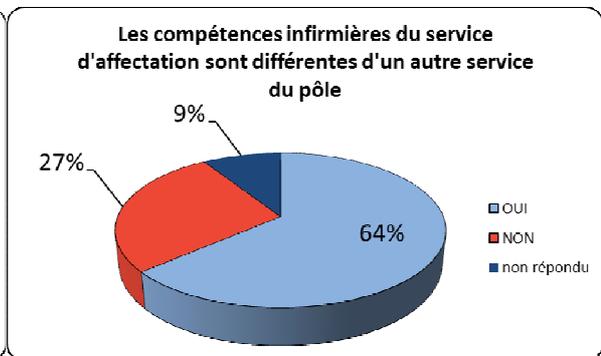
**Graphique 2**



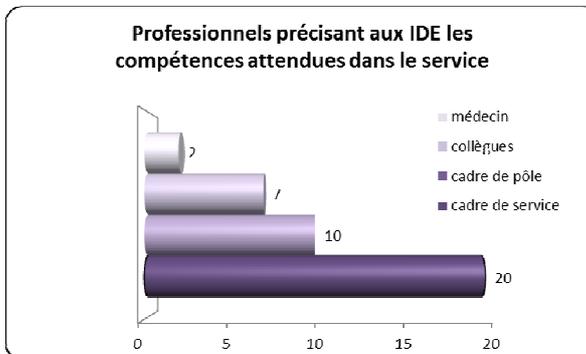
**Graphique 3**



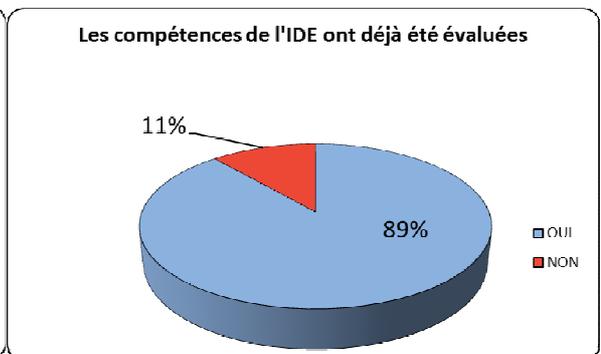
**Graphique 4**



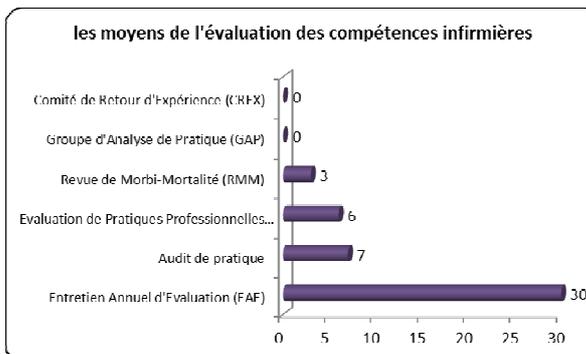
**Graphique 5**



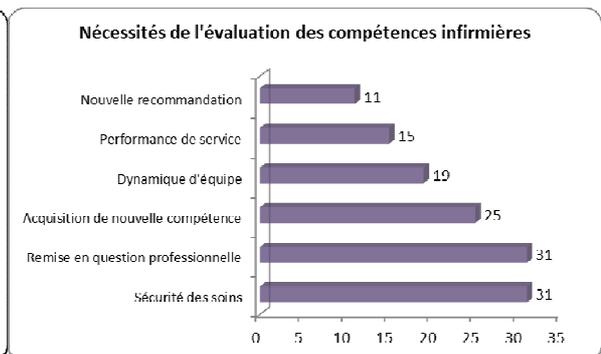
**Graphique 6**



**Graphique 7**

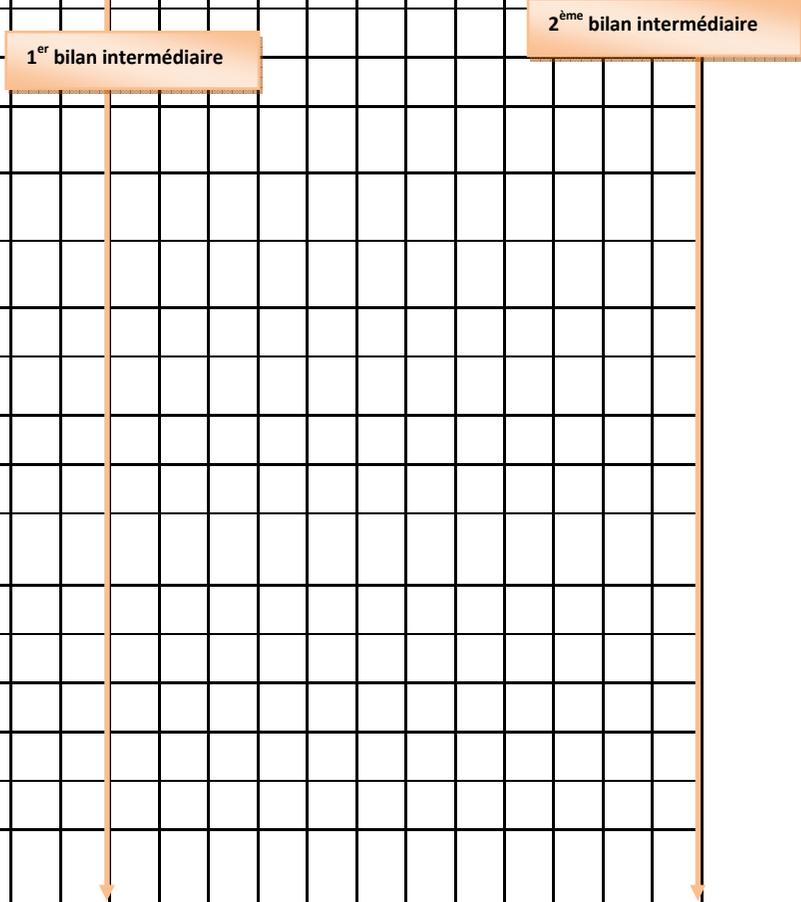


**Graphique 8**



Annexe 6 Plan d'action 1<sup>ère</sup> partie : Mise en place d'une GPMC pour les IDE du pôle Médecine 2 point d'étape au 05/03/2013

| actions                                                                                                                         | acteurs |        |     |     |     |        | Avancement |          |      | 2013 |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     | 2014 |       |     |      |         |      |      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----|-----|-----|--------|------------|----------|------|------|-------|-----|------|---------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------|-----|------|---------|------|------|--|
|                                                                                                                                 | COPIL   | COPROJ | CDP | CDS | IDE | AUTRES | non fait   | en cours | fait | mars | avril | mai | juin | juillet | août | sept | oct | nov | dec | jan | fev | mars | avril | mai | juin | juillet | août | sept |  |
| <b>Elaboration de la cartographie des métiers du pôle</b>                                                                       | v       |        |     |     |     |        |            |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Liste nominative des professionnels présents dans le pôle en fichier Excel (services d'hospitalisation uniquement)              |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Vérification de la concordance avec les effectifs affectés                                                                      |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Si écarts constatés, faire procéder aux modifications                                                                           |         |        | X   |     |     | DRH    |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Affectation du métier dans le tableau selon le code du répertoire métiers FPH (pour chaque professionnel du pôle)               |         |        |     | X   |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Réalisation d'une pyramides des âges, de l'ancienneté du DE et de l'ancienneté dans le service pour les IDE du pôle par service |         | v      |     |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Création tableau Excel avec date de naissance, année du DE et année d'arrivée dans le service                                   |         |        | X   |     |     | DRH    |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Création des graphiques                                                                                                         |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| <b>Identification des activités de soins pour les IDE</b>                                                                       |         |        |     |     |     |        |            |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Réalisation du tableau de saisie des activités de soins IDE dans les services                                                   |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Recensement des situations de soins IDE présentes dans chaque service (tableau à compléter)                                     |         |        |     | X   | X   |        | X          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Classement des activités en activités communes dans le pôle et en activité spécifiques à chaque service. (Tableau Excel)        |         |        |     | X   | X   |        | X          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Identification des 5 principales activités de soins présentes dans chaque service                                               |         |        |     | X   | X   |        | X          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Choix d'une activité commune et d'une activité spécifique (à évaluer en 2013)                                                   |         | v      |     |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Elaboration des tableaux Excel pour l'identification des compétences pour chaque activité retenue.                              |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Identification des compétences nécessaires à ces 2 activités                                                                    |         |        |     | X   | X   |        | X          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Détermination du niveaux requis pour chaque compétence pour chacune de ces activités.                                           |         | X      |     |     |     |        | X          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Détermination des critères et indicateurs pour évaluer chacune des compétences de ces activités (commune et spécifique).        |         |        |     | X   | X   |        | X          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |



## Annexe 6 Plan d'action (suite) : Mise en place d'une GPMC pour les IDE du pôle Médecine 2 point d'étape au 05/03/2013

| actions                                                                                          | acteurs |        |     |     |     |                   | Avancement |          |      | 2013 |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     | 2014 |       |     |      |         |      |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----|-----|-----|-------------------|------------|----------|------|------|-------|-----|------|---------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------|-----|------|---------|------|------|--|
|                                                                                                  | COFIL   | COPROJ | CDP | CDS | IDE | AUTRES            | non fait   | en cours | fait | mars | avril | mai | juin | juillet | août | sept | oct | nov | dec | jan | fev | mars | avril | mai | juin | juillet | août | sept |  |
| <b>Elaboration d'une cartographie des compétences IDE pour 2013</b>                              | v       |        |     |     |     |                   |            |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| <b>Evaluation des activités retenues en 2013</b>                                                 |         |        |     |     |     |                   |            |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Elaboration du support d'autoévaluation                                                          | v       | x      |     |     |     |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Réalisation individuelle de l'autoévaluation                                                     |         |        |     |     | x   |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Elaboration des graphiques en radar                                                              |         |        | x   |     |     |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Entretien annuel d'évaluation                                                                    |         |        |     | x   |     |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Recensement des besoins en formation                                                             |         |        |     | x   |     |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Début d'élaboration d'une cartographie des compétences                                           |         |        |     | x   |     |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Elaboration du plan de formation du pôle                                                         |         |        | x   |     |     |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Détermination des critères et indicateurs pour des activités communes (30%) et spécifiques (30%) |         |        |     | x   | x   |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Mise en œuvre des actions de formation issues de l'autoévaluation de 2013                        |         |        | x   | x   |     | SERVICE FORMATION | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Réalisation individuelle de l'autoévaluation sur les activités de soins identifiées en 2014      |         |        |     |     | x   |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Evaluation des activités retenues en 2013                                                        |         |        |     |     | x   | X à définir       | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Entretien annuel d'évaluation                                                                    |         |        |     | x   |     |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| Recensement des besoins en formation                                                             |         |        |     | x   |     |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |
| mise à jour de la cartographie des compétences                                                   |         |        |     | x   |     |                   | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |  |

1<sup>er</sup> bilan intermédiaire

2<sup>ème</sup> bilan intermédiaire

Annexe 6 bis Plan d'action 1<sup>ère</sup> partie : Mise en place d'une GPMC pour les IDE du pôle Médecine 2 point d'étape au **20/05/2013**

| actions                                                                                                                         | acteurs |        |     |     |     |        | Avancement |          |      | 2013 |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     | 2014 |       |     |      |         |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----|-----|-----|--------|------------|----------|------|------|-------|-----|------|---------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------|-----|------|---------|------|------|
|                                                                                                                                 | COPIL   | COPROJ | CDP | CDS | IDE | AUTRES | non fait   | en cours | fait | mars | avril | mai | juin | juillet | août | sept | oct | nov | dec | jan | fev | mars | avril | mai | juin | juillet | août | sept |
| <b>Elaboration de la cartographie des métiers du pôle</b>                                                                       | v       |        |     |     |     |        |            |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Liste nominative des professionnels présents dans le pôle en fichier Excel (services d'hospitalisation uniquement)              |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Vérification de la concordance avec les effectifs affectés                                                                      |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Si écarts constatés, faire procéder aux modifications                                                                           |         |        | X   |     |     | DRH    |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Affectation du métier dans le tableau selon le code du répertoire métiers FPH (pour chaque professionnel du pôle)               |         |        |     | X   |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Réalisation d'une pyramides des âges, de l'ancienneté du DE et de l'ancienneté dans le service pour les IDE du pôle par service |         | v      |     |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Création tableau Excel avec date de naissance, année du DE et année d'arrivée dans le service                                   |         |        | X   |     |     | DRH    |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Création des graphiques                                                                                                         |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| <b>Identification des activités de soins pour les IDE</b>                                                                       |         |        |     |     |     |        |            |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Réalisation du tableau de saisie des activités de soins IDE dans les services                                                   |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Recensement des situations de soins IDE présentes dans chaque service (tableau à compléter)                                     |         |        |     | X   | X   |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Classement des activités en activités communes dans le pôle et en activité spécifiques à chaque service. (Tableau Excel)        |         |        |     | X   | X   |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Identification des 5 principales activités de soins présentes dans chaque service                                               |         |        |     | X   | X   |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Choix d'une activité commune et d'une activité spécifique (à évaluer en 2013)                                                   |         | v      |     |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Elaboration des tableaux Excel pour l'identification des compétences pour chaque activité retenue.                              |         |        | X   |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Identification des compétences nécessaires à ces 2 activités                                                                    |         |        |     | X   | X   |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Détermination du niveaux requis pour chaque compétence pour chacune de ces activités.                                           |         | X      |     |     |     |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Détermination des critères et indicateurs pour évaluer chacune des compétences de ces activités (commune et spécifique).        |         |        |     | X   | X   |        |            | X        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |

1<sup>er</sup> bilan intermédiaire

2<sup>ème</sup> bilan intermédiaire

Annexe 6 bis Plan d'action (suite) : Mise en place d'une GPMC pour les IDE du pôle Médecine 2 point d'étape au 20/05/2013

| actions                                                                                          | acteurs |        |     |     |                   |             | Avancement |          |      | 2013 |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     | 2014 |       |     |      |         |      |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-----|-----|-------------------|-------------|------------|----------|------|------|-------|-----|------|---------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-------|-----|------|---------|------|------|
|                                                                                                  | COFIL   | COPROJ | CDP | CDS | IDE               | AUTRES      | non fait   | en cours | fait | mars | avril | mai | juin | juillet | août | sept | oct | nov | dec | jan | fev | mars | avril | mai | juin | juillet | août | sept |
| <b>Elaboration d'une cartographie des compétences IDE pour 2013</b>                              | v       |        |     |     |                   |             |            |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| <b>Evaluation des activités retenues en 2013</b>                                                 |         |        |     |     |                   |             |            |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Elaboration du support d'autoévaluation                                                          | v       | x      |     |     |                   |             |            | x        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Réalisation individuelle de l'autoévaluation                                                     |         |        |     |     | x                 |             |            | x        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Elaboration des graphiques en radar                                                              |         |        | x   |     |                   |             |            | x        |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Entretien annuel d'évaluation                                                                    |         |        |     | x   |                   |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Recensement des besoins en formation                                                             |         |        |     | x   |                   |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Début d'élaboration d'une cartographie des compétences                                           |         |        |     | x   |                   |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Elaboration du plan de formation du pôle                                                         |         |        | x   |     |                   |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Détermination des critères et indicateurs pour des activités communes (30%) et spécifiques (30%) |         |        |     | x   | x                 |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Mise en œuvre des actions de formation issues de l'autoévaluation de 2013                        |         |        | x   | x   | SERVICE FORMATION |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Réalisation individuelle de l'autoévaluation sur les activités de soins identifiées en 2014      |         |        |     |     | x                 |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Evaluation des activités retenues en 2013                                                        |         |        |     |     | x                 | X à définir | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Entretien annuel d'évaluation                                                                    |         |        |     | x   |                   |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| Recensement des besoins en formation                                                             |         |        |     | x   |                   |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |
| mise à jour de la cartographie des compétences                                                   |         |        |     | x   |                   |             | x          |          |      |      |       |     |      |         |      |      |     |     |     |     |     |      |       |     |      |         |      |      |

1<sup>er</sup> bilan intermédiaire

2<sup>ème</sup> bilan intermédiaire

Annexe 7 Extrait du listing d'activités présentes dans le livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers pour le pôle Médecine 2

**Activités du référentiel en lien avec les compétences présentes au sein de pôle de Médecine 2  
Cardiologie, Médecine D, Médecine E**

X : présente ; R : rarement ; N : non présente

Compétence 1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

|                                                                                                  | Med E | cardio | USIC | Med D |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|-------|
| <b>Observation et recueil de données cliniques</b>                                               |       |        |      |       |
| <b><i>Observation de l'état de santé d'une personne ou d'un groupe</i></b>                       |       |        |      |       |
| Examen clinique de la personne dans le cadre de la surveillance et de la planification des soins | x     | x      | x    | x     |
| Observation de l'apparence générale de la personne (hygiène, contact visuel, expression)         | x     | x      | x    | x     |
| Observation du niveau de conscience                                                              | x     | x      | x    | x     |
| Observation de signes pathologiques et de symptômes                                              | x     | x      | x    | x     |
| Lecture de résultats d'examens                                                                   | x     | x      | x    | x     |
| <b><i>Observation du comportement relationnel et social de la personne</i></b>                   |       |        |      |       |
| Observation du comportement sur les plans psychologiques et affectifs                            | x     | x      | x    | x     |
| Observation des modes de vie des personnes sur les plans sociologiques et culturels              | x     | x      | x    | x     |
| Observation de la dynamique d'un groupe                                                          | N     | N      | N    | N     |
| Observation des réactions face à un événement de la vie, à la maladie,                           | x     | x      | x    | x     |
| à l'accident, ou à un problème de santé                                                          | x     | x      | x    | x     |
| Observations des interactions sociales                                                           | x     | x      | x    | x     |
| Observation des capacités de verbalisation                                                       | x     | x      | x    | x     |
| Observation du niveau d'inquiétude ou d'angoisse                                                 | x     | x      | x    | x     |
| <b><i>Mesure des paramètres</i></b>                                                              |       |        |      |       |
| Mesure des paramètres vitaux : pression artérielle,...                                           | x     | x      | x    | x     |
| Mesure des paramètres corporels : poids, taille, etc., ...                                       | x     | x      | x    | x     |
| Mesure des paramètres complémentaires: saturation en oxygène,...                                 | x     | x      | x    | x     |

Annexe 7 Extrait du listing d'activités présentes dans le livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers pour le pôle Médecine 2

|                                                                                                                                  | Med E | cardio | USIC | Med D |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|-------|
| <b>Mesure du degré d'autonomie ou de la dépendance de la personne</b>                                                            |       |        |      |       |
| Dans les activités de la vie quotidienne                                                                                         | x     | x      | x    | x     |
| Dans les activités plus complexes                                                                                                | x     | x      | x    | x     |
| <b>Mesure de la douleur</b>                                                                                                      |       |        |      |       |
| Sur les plans quantitatif (échelle de mesure) et qualitatif (nature de la douleur, localisation...)                              | x     | x      | x    | x     |
| Mesure de retentissement de la douleur sur les activités de la vie quotidienne                                                   | x     | x      | x    | x     |
| <b>Recueil de données portant sur la connaissance de la personne ou du groupe</b>                                                |       |        |      |       |
| Ressources et besoins de la personne ou du groupe                                                                                | x     | x      | x    | x     |
| Informations concernant l'environnement, le contexte de la vie sociale et familiale, de la personne, ses ressources, ses projets | x     | x      | x    | x     |
| Histoire de vie et représentation de la maladie, récit des événements de santé                                                   | x     | x      | x    | x     |
| Degré de satisfaction de la personne quant à la vie sociale, professionnelle, personnelle                                        | x     | x      | x    | x     |
| Projets de la personne                                                                                                           | x     | x      | x    | x     |
| Recueil des facteurs de risque dans une situation de soins                                                                       | x     | x      | x    | x     |
| Recueil de l'expression de la personne pendant la réalisation soins                                                              | x     | x      | x    | x     |
| <b>Recueil de données épidémiologiques</b>                                                                                       |       |        |      |       |
| Elaboration et exploitation de recueils de données par questionnaires d'enquête                                                  | N     | N      | N    | N     |
| Rassemblement d'informations à partir de bases de données démographiques, épidémiologiques ou de santé                           | N     | N      | N    | N     |
| Recueil de données statistiques visant des populations ciblées                                                                   | N     | N      | N    | N     |

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers

|                                                                                                 | Med E | cardio | USIC | Med D |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|-------|
| <b>Coordination et organisation des activités et des soins</b>                                  |       |        |      |       |
| <b>Organisation de soins et d'activités</b>                                                     |       |        |      |       |
| Elaboration, formalisation et rédaction d'un projet de soins ou d'un projet de vie personnalisé | R     | x      | x    | N     |
| Elaboration d'une démarche de soins infirmiers pour une personne ou pour un groupe              | x     | x      | x    | N     |

**Annexe 7** Extrait du listing d'activités présentes dans le livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers pour le pôle Médecine 2

|                                                                                                                                  | Med E | cardio | USIC | Med D |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|-------|
| Planification des activités dans une unité de soins pour un groupe de personnes pris en charge, pour la journée ou à moyen terme | N     | x      | x    | x     |
| Planification et organisation de consultations : dossier, traçabilité                                                            | N     | x      | x    |       |
| Répartition d'activités et de soins entre les différents membres d'une équipe de soins dans le cadre de la collaboration         | x     | x      | x    | x     |
| Mesure de la charge de travail en vue de répartir les activités                                                                  | x     | x      | x    | x     |
| <b>Enregistrement des données sur le dossier du patient et les différents supports de soins</b>                                  |       |        |      |       |
| Rédaction, lecture et actualisation du dossier de soins ou de documents de santé accompagnant la personne                        | x     | x      | x    | x     |
| Enregistrement de données cliniques et administratives                                                                           | x     | x      | x    | x     |
| Rédaction de transmission de documents de suivi pour la continuité de soins                                                      | x     | x      | x    | x     |
| Enregistrement des informations sur les supports d'organisation : planification, bons de demande d'examen,...                    | x     | x      | x    | x     |
| Recueil et enregistrement d'information sur logiciels informatiques                                                              | x     | x      | x    | x     |
| <b>Suivi et traçabilité d'opérations visant à la qualité et à la sécurité</b>                                                    |       |        |      |       |
| Enregistrement de données spécifiques à la gestion des risques et à la mise en œuvre des procédures de vigilances sanitaires     | x     | x      | x    | x     |
| Enregistrement et contrôle des données sur la qualité des pratiques                                                              | x     | x      | x    | x     |
| Enregistrement et vérification des données de traçabilité spécifiques à certaines activités                                      | x     | x      | x    |       |
| Etablissement de comptes rendus dans le cadre de mise en œuvre des soins d'urgence ou de traitement antalgique                   | R     | x      | x    | x     |
| <b>Actualisation des documents d'organisation de soins</b>                                                                       |       |        |      |       |
| Réalisation et actualisation des protocoles de soins infirmiers                                                                  | x     | x      | x    |       |
| Réalisation d'outils d'organisation des activités de soins                                                                       | x     | x      | x    |       |
| <b>Transmission d'informations</b>                                                                                               |       |        |      |       |
| Transmission orale d'informations recueillies vers les médecins et les professionnels de santé                                   | x     | x      | x    | x     |
| Transmission d'informations à partir de différents documents utilisés pour les soins: dossiers, feuilles...                      | x     | x      | x    | x     |
| Prise de parole en réunion de synthèse ou de transmission entre équipes de soins                                                 | x     | x      | x    | x     |
| Transmission d'informations orales et écrites aux professionnels de la santé pour un suivi de la prise en charge                 | x     | x      | x    | x     |

**Annexe 7** Extrait du listing d'activités présentes dans le livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers pour le pôle Médecine 2

|                                                                                                                             | Med E | cardio | USIC | Med D |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|-------|
| Transmission orale d'informations à la famille, aux proches de la personne soignée ou aide à domicile                       | x     | x      | x    | x     |
| Réponse téléphonique à des demandes émanant de la personne soignée, des professionnels de santé et du social ou des proches | x     | x      | x    | x     |
| Elaboration de résumés cliniques infirmiers                                                                                 | x     | x      | x    | x     |
| <b><i>Interventions en réunion institutionnelle</i></b>                                                                     |       |        |      |       |
| Interventions lors de réunions de travail ou institutionnelles                                                              | R     | x      | x    | R     |
| Préparation de synthèses cliniques                                                                                          | R     | x      | x    | R     |

**Compétence 3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens**

|                                                                                      | Med E | cardio | USIC | Med D |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|-------|
| <b>Soins de confort et de bien être</b>                                              |       |        |      |       |
| <b><i>Réalisation de soins et d'activités liés à l'hygiène personnelle</i></b>       | x     | x      | x    | x     |
| Soins d'hygiène partiels ou complets en fonction du degré d'autonomie de la personne | x     | x      | x    | x     |
| Aide totale ou partielle à l'habillage et au déshabillage                            | x     | x      | x    | x     |
| Réalisation de soins et d'activités liés à l'alimentation                            | x     | x      | x    | x     |
| Surveillance de l'hygiène alimentaire de la personne                                 | x     | x      | x    | x     |
| Aide partielle ou totale au choix des repas et à leur prise                          | x     | x      | x    | x     |
| Surveillance de l'hydratation et aide à la prise de boisson régulière                | x     | x      | x    | x     |
| <b><i>Réalisation des soins et d'activités liés à l'élimination</i></b>              | x     | x      | x    | x     |
| Surveillance de l'élimination                                                        | x     | x      | x    | x     |
| Aide à l'élimination selon le degré d'autonomie de la personne                       | x     | x      | x    | x     |
| Contrôle de la propreté du matériel lié à l'élimination                              | x     | x      | x    | x     |
| <b><i>Réalisation des soins et d'activités liés au repos et au sommeil</i></b>       | x     | x      | x    | x     |
| Installation de la personne pour le repos et le sommeil                              | x     | x      | x    | x     |
| Surveillance du repos et du sommeil de la personne                                   | x     | x      | x    | x     |
| Réfection d'un lit occupé et hygiène de la chambre                                   | x     | x      | x    | x     |

**Annexe 7** Extrait du listing d'activités présentes dans le livret d'accueil des étudiants en soins infirmiers pour le pôle Médecine 2

|                                                                                                              | Med E | cardio | USIC | Med D |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|------|-------|
| Organisation d'un environnement favorable à la tranquillité, au repos et au sommeil                          | x     | x      | x    | x     |
| <b>Réalisation de soins et d'activités liés à la mobilisation</b>                                            |       |        |      |       |
| Installation de la personne dans une position en rapport avec sa dépendance                                  | x     | x      | x    | x     |
| Modification des points d'appui de la personne en vue de la prévention des escarres                          | x     | x      | x    | x     |
| Lever de la personne et aide au déplacement                                                                  | x     | x      | x    | x     |
| Mobilisation de la personne                                                                                  | x     | x      | x    | x     |
| <b>Réalisation de soins et d'activités liés à la conscience et à l'état d'éveil</b>                          |       |        |      |       |
| Surveillance de la conscience                                                                                |       |        |      |       |
| Surveillance de l'orientation temporo-spatiale                                                               | x     | x      | x    | x     |
| Réalisation d'activités de jeux ou d'éveil pour stimuler la personne                                         | N     | N      | N    | N     |
| <b>Réalisation de soins visant le bien être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique</b> |       |        |      |       |
| Toucher à visée de bien être                                                                                 | x     | x      | x    | x     |
| Organisation de l'environnement en rapport avec le bien être et la sécurité de la personne                   | x     | x      | x    | x     |
| Aide à la relaxation                                                                                         | x     | x      | x    | x     |
| Valorisation de l'image corporelle, de l'estime de soi et des ressources de la personne                      | x     | x      | x    | x     |
| <b>Réalisation d'activités occupationnelles et/ou de médiation</b>                                           |       |        |      |       |
| Activités visant à l'animation ou à l'occupation de la personne en lien avec son âge et son autonomie        | N     | N      | N    | N     |
| Activités visant à maintenir le lien social                                                                  | R     | N      | N    | N     |
| Activités visant à maintenir le niveau cognitif, et la mémoire                                               | N     | N      | N    | N     |

... / ...

## Annexe 8 Situation de soins commune au pôle : La prise charge de la douleur de l'adulte

| Acte infirmier / Activité                                       | Critères                                                                                                                        | Indicateurs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Compétence |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| observation clinique<br>évaluation quantitative et qualitative  | informations recueillies précises,<br>fiables, objectives                                                                       | utilisation d'outils de recueil des données (EVA, EN, Doloplus, Algoplus)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1          |
| traçabilité de l'évaluation                                     | fiabilité et pertinence des<br>informations transmises                                                                          | la continuité et la traçabilité des soins sont assurées<br>Traçabilité présente à chaque évaluation de la douleur<br>horodatée<br>paraphé<br>localisation précisée<br>intensité                                                                                                                                                                                                                    | 9          |
| application des protocoles et/ou des<br>prescriptions médicales | justesse dans les modalités de mise<br>en œuvre des traitements<br>antalgiques et conformité aux règles<br>de bonnes pratiques. | respect des règles de sécurité, hygiène et asepsie<br>respect des règles de qualité, traçabilité<br>mise en œuvre des contrôle de conformité (prescription, réalisation,<br>identification de la personne...)<br>explication des actions au patient<br>attention portée au patient<br>les gestes sont réalisés avec dextérité<br>la prévention de la douleur générée par le soin est mise en œuvre | 4          |
|                                                                 | justesse dans le respect de la<br>prescription                                                                                  | thérapeutique administrée conforme à la prescription<br>les anomalies de prescription sont identifiées et signalées                                                                                                                                                                                                                                                                                | 4          |
|                                                                 | exactitude du calcul de dose                                                                                                    | aucune erreur dans les différentes situations de calcul de dose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 4          |
|                                                                 | pertinence dans la surveillance et le<br>suivi des thérapeutiques                                                               | les effets attendus et/ou secondaires sont repérés<br>la douleur est évaluée de manière fiable et une réponse appropriée est mise en<br>œuvre<br>les thérapeutiques antalgiques sont adaptées dans le cadre des protocoles                                                                                                                                                                         | 4          |
|                                                                 | pertinence dans l'identification des<br>risques et des mesures de<br>prévention                                                 | les risques liés à l'administration des thérapeutiques sont expliqués<br>les risques liés à un défaut de traçabilité sont connus et les règles de traçabilité<br>expliquées;                                                                                                                                                                                                                       | 4          |
|                                                                 | justesse d'utilisation des<br>appareillages et DM conformes aux<br>bonnes pratiques                                             | l'utilisation des appareillages et DM est conforme au mode opératoire (PCA,<br>PSE)<br>le choix et l'utilisation des appareillages et DM sont adaptés à la situation;                                                                                                                                                                                                                              | 4          |

## Annexe 8 Situation de soins commune au pôle : La prise charge de la douleur de l'adulte

| Acte infirmier / Activité                                                                                     | Critères                                                                                                                           | Indicateurs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Compétence |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| application des protocoles et/ou des prescriptions médicales (suite)                                          | fiabilité et pertinence des données de traçabilité                                                                                 | la synthèse des infos concernant les soins et activités réalisées est en adéquation avec les données de la situation;<br>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;<br>une synthèse claire de la situation de la personne est faite et restituées aux soignants concernés; | 4          |
|                                                                                                               | pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée                                                  | les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées;<br>l'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée.                                                                                                                                                                                                   | 7          |
| évaluation des retentissements de la douleur sur l'autonomie de la personne et proposition d'actions adaptées | adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne                                                 | les activités proposées prennent en compte les besoins de la personne en lien avec la douleur (position antalgique, massages...)                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3          |
| effectuer des transmissions concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur                       | cohérence dans la continuité des soins;<br>fiabilité et pertinence des informations transmises                                     | la continuité et la traçabilité des soins sont assurées<br>toutes les informations recueillies sont transmises aux soignants concernés dans les délais<br>une synthèse claire de la situation de la personne est restituée                                                                                                                                                                        | 9          |
| gestion des stocks de pharmacie                                                                               | rigueur dans l'application des règles de gestion des produits médicamenteux                                                        | les modalités de gestion des stupéfiants sont connues et appliquées;<br>les non-conformités sont identifiées;<br>les propositions de réajustement sont pertinentes;<br>les conditions de stockage des médicaments sont contrôlées et respectées.                                                                                                                                                  | 7          |
| éducation et conseils: accompagner la personne dans la prise en charge de son traitement                      | pertinence dans l'éducation et les conseils donnés au patient et/ou à son entourage, en lien avec la prise en charge de la douleur | conseils, explications donnés sur le traitement, les effets secondaires éventuels, sur les moyens de prévenir la douleur                                                                                                                                                                                                                                                                          | 5          |
| informer, former les professionnels et personnes en formation                                                 | qualité de la transmission de savoir-faire                                                                                         | les explications nécessaires sont apportées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 10         |

## Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

### Infirmier(ère) en soins généraux

**Famille :** Soins

**Sous-famille :** Soins infirmiers

**Code FPT :** 07/D/25

**Code Rome :** J1506-J1505

**Code métier :** 05C10

#### Information générale

##### Définition :

Dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé

Contribuer à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie.

Intervenir dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

##### Autres appellations :

Infirmier

IDE

##### Spécificité :

Stomathérapie

Psychiatrie

Prévention - éducation

Santé au travail

Oncologie

Soins palliatifs

Dialyse

Hygiène

##### Prérequis :

Diplôme d'état d'infirmier

#### Activités

- Accueil, encadrement et accompagnement pédagogique de personnes (agents, d'étudiants, stagiaires, etc.)
- Assistance technique pour la réalisation des soins, spécifique au domaine d'activité
- Conseil et éducation thérapeutiques, relatifs à son domaine d'activité
- Conseil pédagogique auprès des personnels / utilisateurs / usagers dans son domaine
- Élaboration du projet de soins et du plan du traitement du patient, de la personne
- Gestion des stocks de produits, de matériels, dans son domaine (saisie, suivi, contrôle, relance commandes)
- Identification, recensement des besoins et des attentes des patients, spécifiques à son domaine
- Réalisation d'études, de travaux de synthèse, relatifs à son domaine d'activité
- Réalisation de soins spécifiques à son domaine d'intervention
- Rédaction et mise à jour du dossier patient, dans son domaine d'activité
- Surveillance de l'état de santé des personnes (patients, enfants, etc.), dans son domaine d'intervention

## Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

### Savoir-Faire

- 1 - Analyser / évaluer la situation clinique d'une personne, d'un groupe de personnes, relative à son domaine de compétence
- 2 - Analyser, synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins
- 3 - Concevoir et conduire un projet de soins, dans son domaine de compétence
- 4 - Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- 5 - Conduire un entretien d'aide
- 6 - Éduquer, conseiller le patient et son entourage dans le cadre du projet de soins
- 7 - Élaborer et formaliser un diagnostic santé de la personne, relatif à son domaine de compétence
- 8 - Évaluer les pratiques professionnelles de soins dans son domaine de compétence
- 9 - Identifier / analyser des situations d'urgence spécifiques à son domaine de compétence et définir les actions
- 10 - Identifier, analyser, évaluer et prévenir les risques relevant de son domaine, définir les actions correctives/préventives

### Connaissances

| Description                                                                | Degré                      | Formacode |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------|
| Communication et relation d'aide                                           | Connaissances détaillées   | 44021     |
| Droit des patients                                                         | Connaissances générales    | 43415     |
| Gestes et postures- manutention                                            | Connaissances générales    | 43491     |
| Gestion du stress                                                          | Connaissances générales    | 15097     |
| Hygiène hospitalière                                                       | Connaissances détaillées   |           |
| Médicales générales et/ ou scientifiques en fonction du domaine d'activité | Connaissances détaillées   |           |
| Méthodes de recherche en soins                                             | Connaissances détaillées   | 43001     |
| Méthodologie d'analyse de situation                                        | Connaissances détaillées   | 14254     |
| Soins                                                                      | Connaissances approfondies |           |

**Connaissances détaillées** : Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

**Connaissances générales** : Connaissances générales propres à un champ. L'étendue des connaissances concernées est limitée à des faits et des idées principales. Connaissances des notions de base, des principaux termes. Savoirs le plus souvent fragmentaires et peu contextualisés. Durée d'acquisition courte de quelques semaines maximum.

**Connaissances approfondies** : Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

## Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière

### Informations complémentaires

#### Relations professionnelles les plus fréquentes :

Médecin et autres professionnels paramédicaux pour le suivi des personnes soignées  
Services prestataires dans l'institution pour assurer le fonctionnement des unités de soins  
Infirmiers d'autres services et secteurs de soins pour assurer la continuité des soins lors des transferts des personnes soignées  
Travailleurs sociaux pour améliorer la prise en charge de personnes soignées  
Instituts de formation pour l'encadrement des stagiaires

#### Etudes préparant au métier et diplôme(s) :

3 années d'études post baccalauréat, après épreuves de sélection dans un institut de formation en soins infirmiers agréé  
Possibilité d'envisager ces études en promotion professionnelle après sélection.  
Diplôme d'état d'infirmier

#### Correspondances statutaires éventuelles :

Infirmier

#### Proximité de métier - Passerelles courtes :

Cadre de santé d'unité de soins  
Formateur(trice) en soins

#### Proximité de métier - Passerelles longues :

Métiers du soin  
Directeur(trice) des soins  
Cadre de santé de pôle

#### Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :

Développement des réseaux de soins  
Développement des logiciels informatiques dédiés  
Évaluation des pratiques professionnelles et développement des démarches qualité et de sécurité sanitaire  
Transfert de compétences, pratiques avancées  
Développement de la traçabilité à toutes les étapes de la prise en charge pour assurer la continuité des soins et répondre à des enquêtes judiciaires  
Augmentation des pathologies chroniques et des soins de longue durée  
Renforcement de la lutte contre les infections nosocomiales

#### Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

Renforcement du partenariat avec les autres intervenants hospitaliers et extra-hospitaliers dans la prise en charge des patients  
Connaissance et utilisation de logiciels pour assurer la traçabilité  
Développement de protocoles de recherche technique et paraclinique  
Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge et des responsabilités entre médecins et paramédicaux  
Renforcement des outils de traçabilité en particulier informatiques  
Développement des compétences en accompagnement et en clinique infirmière  
Développement des compétences en hygiène hospitalière

## Annexe 10

Evaluation d'une situation de soins commune : **La prise en charge de la douleur de l'adulte**

CHAM

| N° du savoir-faire | N° de la compétence | Actes ou actions réalisés                                                                                                  | oui | non |
|--------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1                  | 1                   | Evaluez-vous systématiquement la douleur de chaque patient hospitalisé dans le service?                                    |     |     |
| 1                  | 1                   | Utilisez-vous des outils de recueil de données pour évaluer la douleur?                                                    |     |     |
| 1                  | 1                   | Lesquels?                                                                                                                  |     |     |
| 4                  | 9 et 2              | <b>La traçabilité de l'évaluation de la douleur est-elle:</b>                                                              |     |     |
| 4                  | 9 et 2              | réalisée à chaque évaluation?                                                                                              |     |     |
| 4                  | 9 et 2              | horodatée?                                                                                                                 |     |     |
| 4                  | 9 et 2              | Paraphée?                                                                                                                  |     |     |
| 4                  | 9                   | <b>Précisez-vous systématiquement:</b>                                                                                     |     |     |
| 4                  | 9                   | la localisation de la douleur?                                                                                             |     |     |
| 4                  | 9                   | l'intensité de la douleur?                                                                                                 |     |     |
| 9                  | 4                   | Signalez-vous, à un médecin, toute douleur aiguë qui survient chez un patient ?                                            |     |     |
| 9                  | 4                   | comment ? (par quels moyens)                                                                                               |     |     |
| 9                  | 4                   | dans quel délai ?                                                                                                          |     |     |
| 4                  |                     | <b>Lors de la mise en œuvre de traitement antalgique,</b>                                                                  |     |     |
|                    | 4                   | vérifiez-vous:                                                                                                             |     |     |
|                    | 4                   | l'identité du patient?                                                                                                     |     |     |
| 4                  | 4                   | l'existence de la prescription médicale?                                                                                   |     |     |
| 4                  | 4                   | la conformité de la prescription médicale?                                                                                 |     |     |
| 3                  | 4                   | Donnez-vous des explications au patient concernant le traitement antalgique?                                               |     |     |
| 3                  | 4                   | Vous assurez vous que le patient a bien compris les explications données?                                                  |     |     |
| 3                  | 4                   | <b>Réalisez-vous les gestes techniques:</b>                                                                                |     |     |
|                    | 4                   | avec dextérité?                                                                                                            |     |     |
| 4                  | 4                   | en respectant les règles de sécurité?                                                                                      |     |     |
| 4                  | 4                   | en respectant les règles d'asepsie?                                                                                        |     |     |
| 3                  | 4                   | Mettez-vous en place des actions de prévention de la douleur, lors de la réalisation d'un soin?                            |     |     |
| 4                  | 4                   | Vous référez-vous systématiquement à la prescription médicale avant la préparation d'antalgiques?                          |     |     |
| 10                 | 4                   | Les thérapeutiques administrées correspondent-elles toujours à la prescription médicale?                                   |     |     |
| 8                  | 4                   | Informez-vous systématiquement le médecin de toutes anomalies de prescription ou d'administration d'antalgique constatée ? |     |     |
| 3                  | 4                   | Le calcul de dose et de débit est toujours effectué sans erreur                                                            |     |     |

# Annexe 10

Situation de soins  
commune

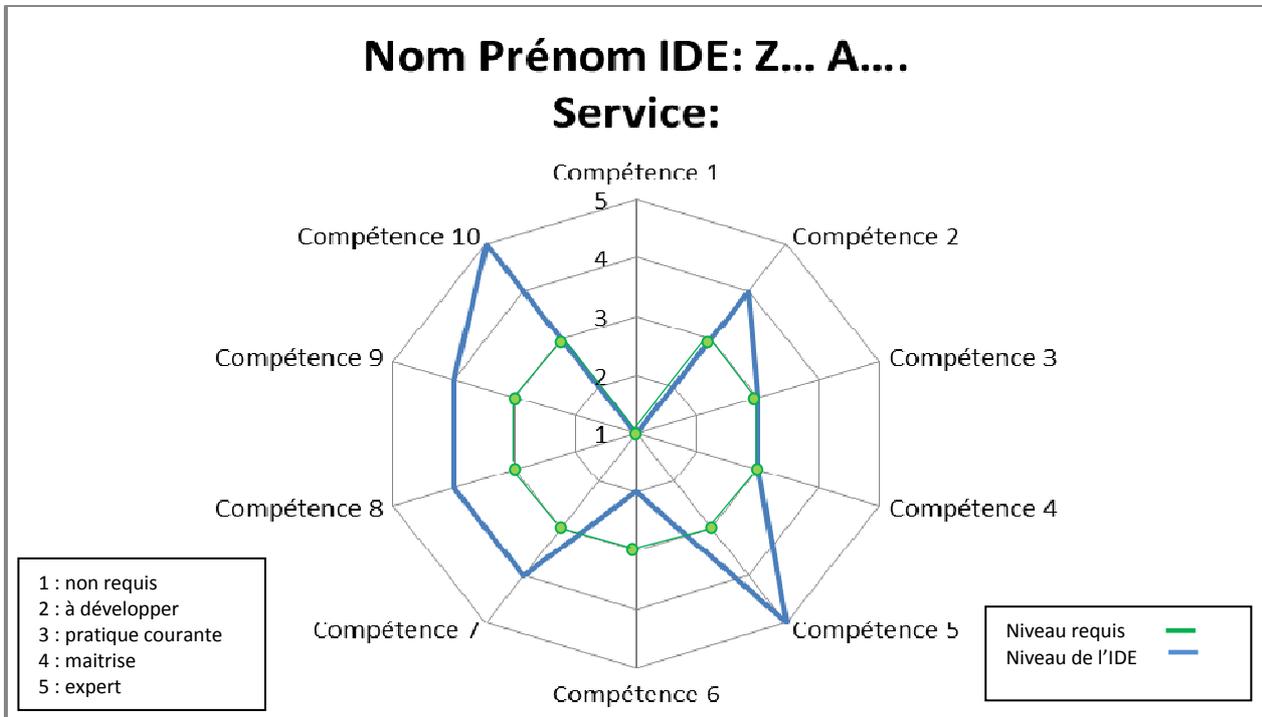
## La prise en charge de la douleur de l'adulte

CHAM

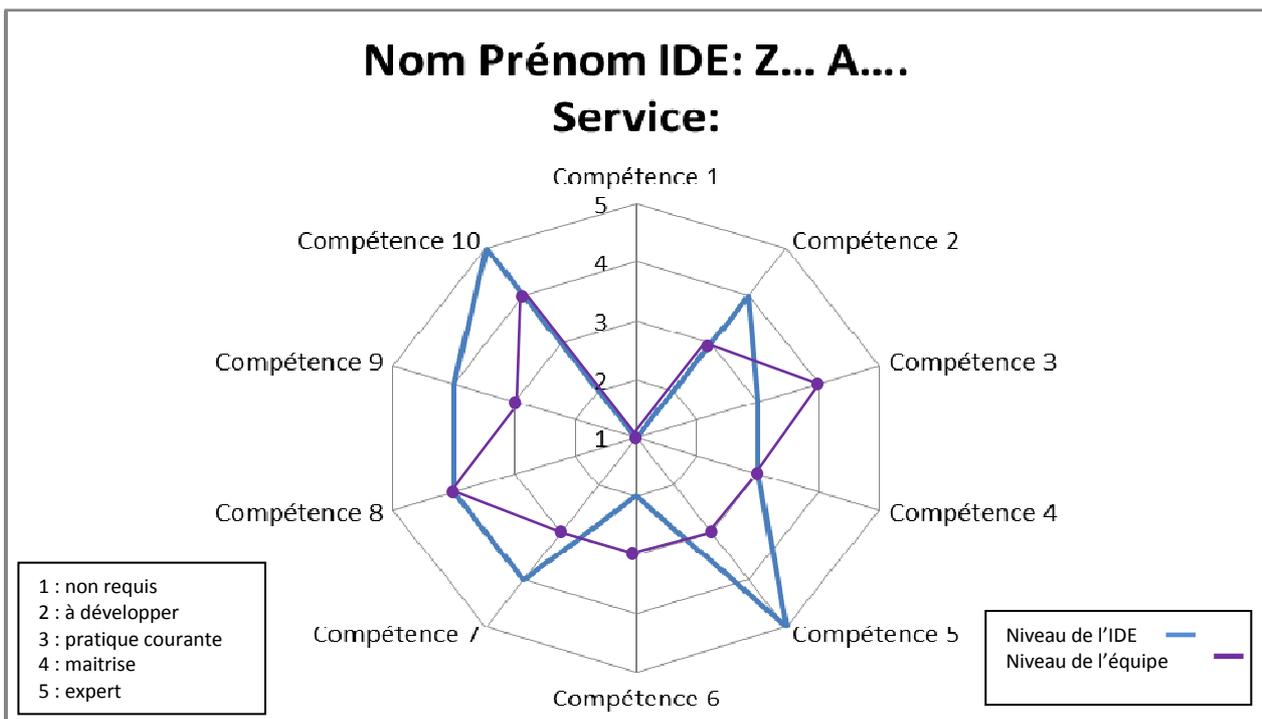
| N° du savoir-faire | N° de la compétence | Actes ou actions réalisés                                                                                                          | oui | non |
|--------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <del>X</del>       | 5                   | <b>Les effets secondaires de chaque traitement sont:</b><br>connus                                                                 |     |     |
| 10                 | 5                   | repérés                                                                                                                            |     |     |
| 6                  | 5                   | expliqués                                                                                                                          |     |     |
| 3                  | 4                   | Après l'administration d'un traitement antalgique, allez-vous vérifier l'efficacité du traitement?                                 |     |     |
| 3                  | 4                   | dans quel délai?                                                                                                                   |     |     |
| 1                  | 4                   | utilisez-vous un outil d'évaluation?                                                                                               |     |     |
| 10                 | 4                   | Au regard des résultats obtenus, mettez-vous des actions correctives en place?                                                     |     |     |
| 10                 | 4                   | lesquelles?                                                                                                                        |     |     |
| <del>X</del>       | 4                   | <b>Les protocoles concernant l'utilisation d'antalgiques:</b><br>existent dans le service?                                         |     |     |
| 4                  | 4                   | les utilisez-vous?                                                                                                                 |     |     |
| 4                  | 4                   | <b>Savez-vous utiliser les appareillages suivants:</b><br>pousse seringue électrique?                                              |     |     |
| 4                  | 4                   | PCA?                                                                                                                               |     |     |
| 2                  | 4                   | <b>Les transmissions réalisées en lien avec la prise en charge de la douleur sont:</b><br>effectuées systématiquement              |     |     |
| 2                  | 4                   | rendent compte des actions menées                                                                                                  |     |     |
| 2                  | 9                   | permettent la continuité de la prise en charge de la douleur                                                                       |     |     |
| 3                  | 3                   | Prenez-vous en compte la douleur dans la prise en charge des actes de la vie quotidienne du patient?                               |     |     |
| 3                  | 3                   | Mettez-vous en place des actions antalgiques relevant du rôle propre?                                                              |     |     |
| 3                  | 3                   | si oui lesquelles?                                                                                                                 |     |     |
| <del>X</del>       | 7                   | <b>Les modalités de gestion des stupéfiants sont:</b><br>connues                                                                   |     |     |
| 4                  | 7                   | appliquées                                                                                                                         |     |     |
| 6                  | 5                   | <b>Donnez-vous des conseils aux patients sur:</b><br>les traitements antalgiques?                                                  |     |     |
| 6                  | 5                   | les effets secondaires éventuels?                                                                                                  |     |     |
| 6                  | 5                   | les moyens de prévenir la douleur?                                                                                                 |     |     |
| 8                  | 10                  | <b>Vos connaissances concernant l'évaluation et la prise en charge de la douleur sont transmises:</b><br>aux autres professionnels |     |     |
| 8                  | 10                  | aux personnes en formation                                                                                                         |     |     |
| 5                  | 6                   | La prise en charge d'une personne algique, modifie-t-elle votre approche relationnelle ?                                           |     |     |
| 5                  | 6                   | en quoi ?                                                                                                                          |     |     |

Annexe 11 Présentation schématique de la Cartographie des compétences pour la situation de soins évaluée

Exemple aléatoire : Présentation de la cartographie des compétences d'un infirmier au regard des niveaux requis pour le service



Exemple aléatoire : Présentation des compétences d'un infirmier au regard du niveau de compétences atteint par l'équipe



## Annexe 12 : Plan de Gantt du Projet managérial

|                                                                                                                                 | Octobre |    |    | Novembre |    |    |    | Décembre |    |    |    | Janvier |    |   |   | Février |   |   | Mars |    |   | Avril |    |       | Mai |    |    | Juin |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|----|----------|----|----|----|----------|----|----|----|---------|----|---|---|---------|---|---|------|----|---|-------|----|-------|-----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Semaines                                                                                                                        | 40      | 41 | 42 | 43       | 44 | 45 | 46 | 47       | 48 | 49 | 50 | 51      | 52 | 1 | 2 | 3       | 4 | 5 | 6    | 7  | 8 | 9     | 10 | 11    | 12  | 13 | 14 | 15   | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |    |
| <b>Phase de preparation</b>                                                                                                     |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Choix du thème du projet Managérial                                                                                             |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Elaboraton note de cadrage                                                                                                      |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Validation de la note de cadrage par le commanditaire (institutionnel ou non)                                                   |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Lettre de mission                                                                                                               |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Recherche documentaire / Démarche exploratoire                                                                                  |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Méthologie (structuration du projet, modalités de travail, enquête, entretien choix de l'outil)                                 |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Elaboration du plan d'actions et du plan de communication                                                                       |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Elaboration de(s) outil(s) de recueil de données (questionnaire, guide d'entretien, grille d'évaluation, étude de données, ...) |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   | 7 |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Validation de l'outil de recueil de données ESM                                                                                 |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      | 14 |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Test et validation de l'outil de recueil de données par le commanditaire                                                        |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>Phase de mise en œuvre</b>                                                                                                   |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Lancement de la communication                                                                                                   |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Construction des supports informatiques                                                                                         |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Enquête terrain ou analyse des données (lancement)                                                                              |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Exploitation des données                                                                                                        |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>Phase analyse/évaluation des résultats</b>                                                                                   |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Analyse des résultats                                                                                                           |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Formalisation (propositions d'améliorations, scenarii, hypothèses...)                                                           |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>Phase de suivi et de rendu des résultats</b>                                                                                 |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Rédaction du Projet Managérial                                                                                                  |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Suivi Projet Managérial ESM (DL/IRF)                                                                                            |         |    |    | 25       |    |    |    |          | 29 |    |    |         |    |   | 8 |         |   |   | 4&7  | 14 |   |       |    | 12&13 |     |    |    | 18   | 25 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Remise du Projet Managérial                                                                                                     |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 28 |    |    |
| Préparation de la soutenance                                                                                                    |         |    |    |          |    |    |    |          |    |    |    |         |    |   |   |         |   |   |      |    |   |       |    |       |     |    |    |      |    |    |    |    |    |    |    |    |    | 30 |    | 27 |



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes  
MTMOS@12-13**

**TITRE DU PROJET MANAGERIAL**

**La cartographie de compétences.**

Etape de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

**AUTEUR**

Sylvie ROUSSEAU

**MOTS-CLES**

Compétences - Evaluation - Cartographie  
des compétences – Management

**KEYWORDS**

Skills - Assessment - Graphic of skills -  
Management

**RESUME**

La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences n'est pas encore effective au CHAM (Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise). Sa mise en place dans le pôle Médecine 2, à titre expérimentale auprès des infirmiers, a permis l'élaboration d'une cartographie des métiers mais également une cartographie des compétences infirmières. A partir d'une situation de soins commune aux trois services d'hospitalisation du pôle, des outils informatiques ont été créés pour permettre une évaluation des compétences infirmières. Ainsi, les résultats individuels de l'évaluation sont remis à chaque infirmier lors de son entretien annuel d'évaluation. Ce qui permet au cadre de santé du service d'affection de l'infirmier d'identifier les besoins en formation nécessaires au développement des compétences de l'infirmier.

**ABSTRACT**

The forecasting of required jobs and skills is not yet fully in place at the CHAM, the hospital in the town of Montargis. Its experimental implementation with the nurses of the department Médecine 2 has allowed the creation of a graphical matrix of jobs, but also of skills. By starting from a common care situation at three inpatient services of the department Médecine 2, IT tools have been created to assess nursing skills. So, the individual assessment results are given to each nurse during his or her annual assessment interview. The manager of the department to which the nurse is assigned can thus identify the training needs necessary at for developing individual nursing skills