

**Mandat OFFT**  
Référence du contrat FH.2008.0040

**Phase II**  
Octobre 2008 à mai 2009

# **Adéquation de la formation aux besoins du marché du travail dans les professions réglementées de la santé, en particulier les soins**

## **Partie I**

**Mandant: OFFT**

Interlocuteur: Thomas Baumeler

**Coordination: OdASanté**

Coordinatrice: Ariane Montagne,

**Réalisation: Harmony Solutions SA**

Cheffe de projet: Esther Merino

Spécialiste Symphony/Corom: Rico Meyer

Appui et concept: Christoph Meier

**Auteurs et équipe de projet:**

Esther Merino, Rico Meyer, Christoph Meier

Fribourg, le 27 mai 2009

## TABLE DES MATIERES

<b>1</b>	<b>Organisation du projet et plan de travail</b>	<b>4</b>
1.1	Objectifs et introduction	4
1.2	Concept et méthodes utilisés	6
1.3	Organisation du projet et partenaires	8
1.4	Plan de travail détaillé par work package	10
1.4.1	WP1 Steering Committee	10
1.4.2	WP2 Core team et project management	10
1.4.3	WP3 Activités	10
1.4.4	WP4 Consolidation activités clés	12
1.4.5	WP5 Profils de compétences	15
1.4.6	WP6 Analyse et consolidation des profils de compétences	17
1.4.7	WP7 Architecture de formation	17
1.4.8	WP8 Présentation et transfert des résultats à l'OFFT	18
<b>2</b>	<b>Activités clés (WP3-WP4) regroupées par type de contexte</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>Profils de compétences par type de contexte</b>	<b>28</b>
3.1	Profil de l'infirmier/ère dans un contexte de soins faiblement spécialisé	28
3.2	Profil de l'infirmier/ère dans un contexte de soins moyennement spécialisé	29
3.3	Profil de l'infirmier/ère dans un contexte de soins hautement spécialisé	31
3.4	Analyse comparative des profils	31
3.4.1	Comparaison entre les profils d'infirmier/ère des contextes de soins moyennement et hautement spécialisés	31
3.4.2	Comparaison entre les profils d'infirmier/ère des contextes de soins faiblement et hautement spécialisés	32
3.4.3	Aire de mobilité générale et conclusion	33
<b>4</b>	<b>Synthèse et conclusions</b>	<b>34</b>
4.1	Les besoins	34
4.2	Le lien entre les besoins et la formation	35
4.3	La formation	36

<b>ANNEXES</b>	<b>37</b>
Annexe 1 - Glossaire	37
Annexe 2 - Synthèse de la planification du projet (tableau)	38
Annexe 3 - Liste de tous les partenaires du projet	39
Annexe 4 - Liste de tous les workshops avec les thèmes	40
Annexe 5 - La méthode Symphony/Corom: présentation de l'approche cognitive	42
Contexte d'apparition	43
Approche cognitive	44
Les quatre critères	45
Les démarches intellectuelles (DI)	45
Les savoirs références (SR)	46
La relation au temps et à l'espace (RTE)	47
L'interaction relationnelle (IR)	47
Observations tirées de la pratique de cette démarche	48
Conclusion	48
Repérage des compétences en entreprise	49
Le recrutement	49
La mobilité/orientation	49
La formation	49
Organisation du travail	49
Les intérêts de l'approche cognitive	50
Références Symphony / Corom	51
Annexe 6 - Glossaire Corom	52
Annexe 7 – Références et bibliographie	59
Annexe 8 - Liste des figures avec titre	60
Annexe 9 - Définition des catégories de situation patients	61
Annexe 10 – Répertoire des savoirs références pour le métier d'infirmier/ère	62

## Phase II

### 1 Organisation du projet et plan de travail

#### 1.1 Objectifs et introduction

L'Office Fédéral de la Formation et de la Technologie (OFFT) a donné pour objectif à ce projet d'identifier les besoins du marché du travail dans le domaine des soins. Les buts et les conditions de réalisation peuvent être résumés comme suit:

*«Dans les professions réglementées de la santé, nous devons fixer à l'échelle nationale des qualifications professionnelles finales homogènes aux niveaux bachelor/master en adéquation aux besoins du marché du travail.»*

- *Il est primordial que ces qualifications finales concordent avec les besoins du marché du travail et offrent la garantie de prestations en soins efficaces.*
- *Une meilleure identification des qualifications finales est indispensable pour réaliser des prestations efficaces dans les soins et déboucher sur des profils de formation différenciés.*
- *La réalisation - et au delà- la réussite de ces travaux présuppose une concertation étroite avec le monde du travail.» (7.07.08)*

Le projet est focalisé sur la collecte et la formalisation des besoins (demande) afin de constituer une référence validée par les représentants du monde du travail et d'avoir un impact sur les qualifications professionnelles finales des infirmiers/ières. Comme le montre l'illustration ci-dessous, l'idée est d'initialiser un cycle dynamique entre la demande et l'offre, entre le monde du travail et celui de la formation.

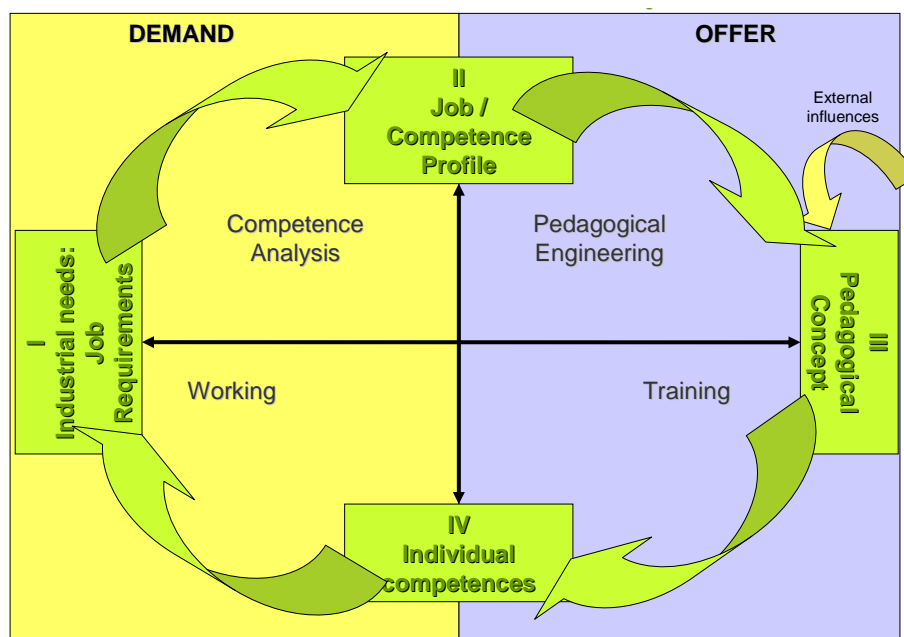


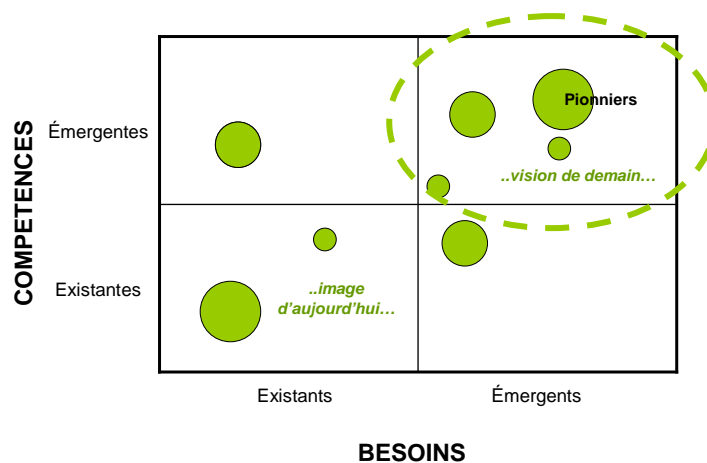
Figure 1 - Job Training Cycle Methodology (JTC)

Pour pouvoir identifier les besoins communs en compétences, actuels et futurs, de différents hôpitaux et services, il est nécessaire de sortir du cadre organisationnel propre à chaque institution et d'utiliser une approche qui permette de travailler sur les éléments communs aux différents contextes choisis.

La définition du cadre et du modèle de réflexion est donc extrêmement critique et détermine la qualité et la validité des résultats du projet. L'enjeu est de trouver des paramètres qui soient significatifs pour les différents contextes d'application des soins et suffisamment discriminants pour pouvoir intégrer les différences essentielles. La difficulté réside à ne pas s'enfermer dans les particularismes et les pratiques propres à chaque hôpital mais plutôt à capter ce qui est dominant et caractéristique dans les soins.

La recherche de ces paramètres significatifs a été menée de manière participative et itérative avec des spécialistes des soins<sup>1</sup> préalablement à la phase II, afin de garantir la cohérence et la validité du cadre de réflexion.

Par ailleurs nous sommes aussi dans une démarche prospective car l'objectif final de ce projet est d'avoir un impact au niveau national sur la formation et sur les compétences des jeunes diplômés dans le domaine des soins. Par conséquent, nous avons choisi une démarche innovante. Nous sommes partis des pratiques existantes, mais nous avons également focalisé sur ce qui est émergent pour pouvoir mieux identifier les compétences futures, ceci en collaboration avec les professionnels de la santé.



- Le futur sera différent, la formation doit préparer pour le futur.
- La vision du futur s'appuie sur les besoins émergents (5 à 10 ans) qui permettent de définir les nouvelles compétences à développer.

Figure 2 - Matrice d'innovation

<sup>1</sup> Cf. rapport de la phase I (Activité 2– Plan de travail – Août 2008), accessible sur demande

## 1.2 Concept et méthodes utilisés

Afin de répondre aux objectifs du projet, et par là même aux attentes de l'OFFT et des différents partenaires concernés, la démarche choisie a été celle de **partir du patient et de ses besoins en soins**. Elément central et constitutif du métier d'infirmier/ère et commun à tous les contextes de travail des soignants.

La multiplicité des contextes de travail des soignants, les différents types d'hôpitaux, de services, et de missions, nécessite une démarche particulière quant à la manière d'appréhender le domaine des soins afin d'obtenir des résultats significatifs et représentatifs.

Pour ce faire, il a fallu définir un cadre d'analyse. Une phase préliminaire au projet, mentionnée ici sous l'appellation Phase I, a été réalisée en collaboration avec une petite équipe du domaine des soins<sup>2</sup> (principalement des directeurs/trices de soins) afin d'identifier les paramètres pertinents et significatifs pour l'étude. En un deuxième temps, les éléments du cadre d'analyse ont été validés par une équipe plus large<sup>3</sup>.

Pour déterminer les qualifications professionnelles finales permettant aux soignants de réaliser des prestations de soins efficaces, il faut pouvoir décrire **les compétences**.

Ces dernières sont liées au contexte de travail et ne peuvent être identifiées que sur la base des activités effectivement réalisées par les professionnels du métier. L'identification des activités est l'élément clé d'une démarche compétence. Les activités constituent la source de l'information pour toutes les étapes suivantes, par conséquent la qualité et les paramètres retenus pour la récolte d'information sont capitaux. Ce sont ces activités qui permettent réellement de canaliser les besoins du marché du travail à condition qu'elles soient identifiées en collaboration directe avec des professionnels qui les pratiquent, avec leur responsable direct, voire selon les situations, avec des personnes exerçant d'autres métiers en interaction directe avec le métier dont les activités sont identifiées.

Se pose également la question de comment aborder de manière générale mais au même temps précise le patient et ses besoins en soins. Lors des séances préliminaires (Phase I), l'idée est venue des directeurs/trices de soins. Ils se sont accordés à dire qu'il est possible de recenser les principales activités liées aux soins en utilisant **cinq à huit profils types de patients**. Le but étant que ces quelques catégories patients soient représentatives de la majorité des besoins en soins.

Finalement huit catégories de patients<sup>4</sup> ont été proposées par l'hôpital universitaire de Bâle. Elles ont été par la suite validées et complétées par les autres institutions pilotes impliquées dans le montage du projet (Phase I).

Puis pour affiner le cadre de réflexion et afin que des institutions aussi différentes qu'un hôpital régional et des soins à domicile puissent se retrouver dans le cadre d'analyse, deux paramètres supplémentaires ont été ajoutés: le **niveau de spécialisation du contexte** des soins (hautement, moyennement, faiblement), c'est-à-dire les contextes de traitement du patient, et le **niveau de stabilité du patient**.

Ce cadre de réflexion a fait l'objet d'une validation lors d'une séance (WS 21.08.08) avec des représentants/tes du domaine des soins. Parallèlement, il a également été soumis à une

<sup>2</sup> Cette équipe était constituée de représentants de M.Horner de l'hôpital de la Riviera, Mme Rosery de l'hôpital universitaire de Bâle, et Mme Montagne d'OdASanté, séance du 19.08.08

<sup>3</sup> Les participants à la séance du 21.08.08 sont les suivants: Mme Ackermann de l'hôpital universitaire de Zürich, Mme Grünig du CDS, Mme Jenzer du Réseau Santé Valais, Mme Knüssel de Curaviva, Mme Ley du Réseau Santé Valais, Mme Montagne d'OdASanté

<sup>4</sup> Annexe 9: Définition des huit catégories de patients

équipe du service de médecine de l'hôpital de la Riviera. Une matrice<sup>5</sup> intégrant toutes les dimensions leur a été présentée et quelques cas de patient ont été appliqués aux différents contextes de soins. L'équipe s'est facilement située et a su rapidement positionner le parcours des patients évoqués. L'équipe a estimé l'approche tout à fait cohérente et adaptée au domaine des soins.

Donc les paramètres principaux de la démarche sont ainsi réunis et validés, c'est à dire:

1. Le patient et ses besoins en soins caractérisés par les huit catégories de patients.
2. Trois niveaux de spécialisation du contexte dans lequel le patient est soigné (hautement, moyennement et faiblement spécialisé).
3. Le niveau de stabilité du patient (stable/instable).
4. Les activités clés des infirmiers/ères définies directement avec des professionnels pour identifier les compétences.

Les trois premiers paramètres sont fournis par le terrain, ce sont des éléments qui sont caractéristiques du domaine des soins. Quant à la définition des activités clés et des compétences associées, les principes de la méthode Corom<sup>6</sup> ont été choisis pour guider le processus de travail, identifier les compétences et procéder aux analyses.

Cette méthode permet de se centrer sur ce qui est dominant dans un métier, contrairement à la plupart des méthodes existantes qui cherchent à appréhender le plus finement possible le mode opératoire, et à dresser la liste des savoirs mobilisés. Le problème rencontré est alors la diversité des savoirs et des savoir-faire ainsi décrits et donc l'impossible comparaison entre les emplois/métiers. De plus, la méthode Corom permet de caractériser à la fois **un emploi/métier et un individu**. En effet d'un côté il est possible de décrire les compétences nécessaires, de manière dominante, pour résoudre les problèmes liés à l'exercice de l'emploi/métier, d'un autre côté, il est également possible de décrire les compétences dominantes chez un individu au travers de ce qu'il fait et de comment il le fait. C'est par une analyse préalable des activités que l'on peut déterminer les compétences cognitives dominantes.

COROM permet ainsi de comparer les profils de compétences des trois contextes et d'analyser une différenciation éventuelle du système de formation basée sur un ensemble de compétences cohérent (approche mentale, etc...).

---

<sup>5</sup> La matrice présentée se trouve dans le chapitre 1.4.3

<sup>6</sup> La méthode Corom, appelée aussi l'**approche cognitive**, est une méthode qui a été développée en France vers la fin des années 1980 pour préciser l'approche dominante des compétences par le savoir-faire. Cette dernière a l'inconvénient majeur d'être très précise et de créer constamment la confusion entre activité et compétence, elle rend difficile l'exercice de la mobilité et l'analyse de ce qui est transférable. L'approche cognitive est plus performante pour gérer la mobilité des individus (forte demande des entreprises dès 1987, il y a de plus en plus de disparition des métiers, donc il y a un besoin d'analyser les compétences existantes et de les réutiliser dans les nouveaux métiers).  
MICHEL S., LEDRU M., Capital compétence dans l'entreprise, une approche cognitive, Paris, ESF Editeur, 1991  
Pour plus d'information sur la méthode Corom, se référer à l'annexe no 5

### 1.3 Organisation du projet et partenaires

Le processus de travail de la phase II du projet a été structuré autour de plusieurs «work packages»<sup>7</sup> consécutifs ainsi que des activités transversales qui ont été réalisées régulièrement pendant toute la durée du projet. La vue d'ensemble de la phase II se présente comme suit :

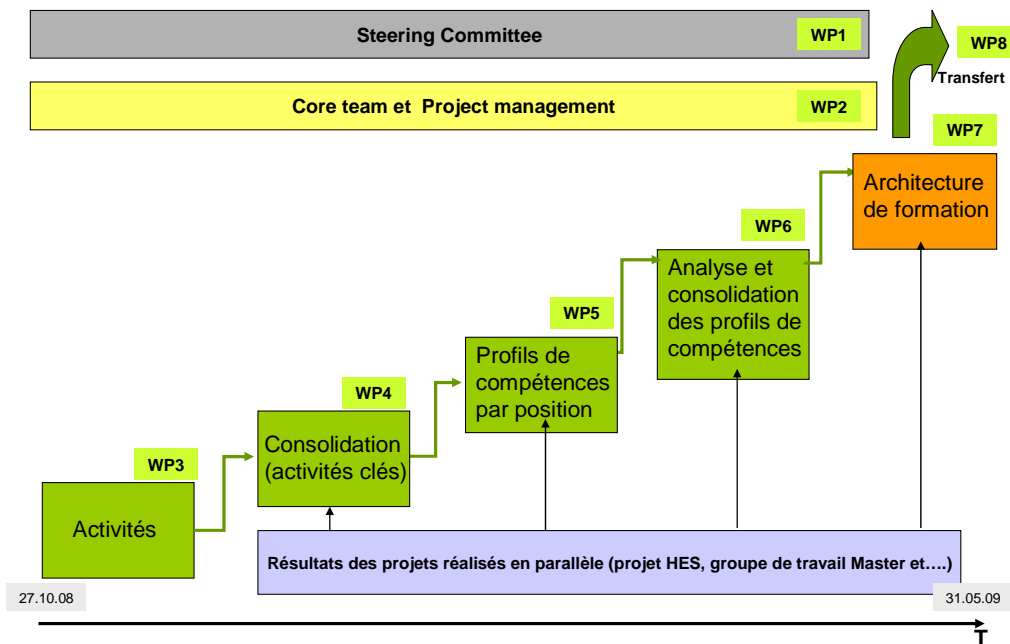


Figure 3 - Organisation du projet et plan de travail

Les work packages constituent les différents modules du projet avec des objectifs propres, des délais de réalisation et des équipes associées. Les workshops nécessaires à la collecte des connaissances sur les pratiques actuelles et émergentes ont été menés directement avec les soignants, principalement des infirmiers/ères et des infirmiers/ères responsables des services concernés (ICUS). Ceci afin de garantir des résultats reflétant les besoins réels actuels et futurs du marché du travail. Puis en alternance, les résultats ont été validés avec les directeurs de soins de chaque institution pilote (Core Team).

L'analyse des besoins en compétences a été réalisée de manière participative à partir d'un échantillon significatif et caractéristique de plusieurs services pilotes provenant d'institutions de Suisse allemande et de Suisse romande. Chaque work package réunit un ou plusieurs groupes de partenaires qui participent à la réalisation du travail. La vue d'ensemble des équipes et des partenaires figure ci-dessous:

<sup>7</sup> work package (WP) = activité clé / module de travail



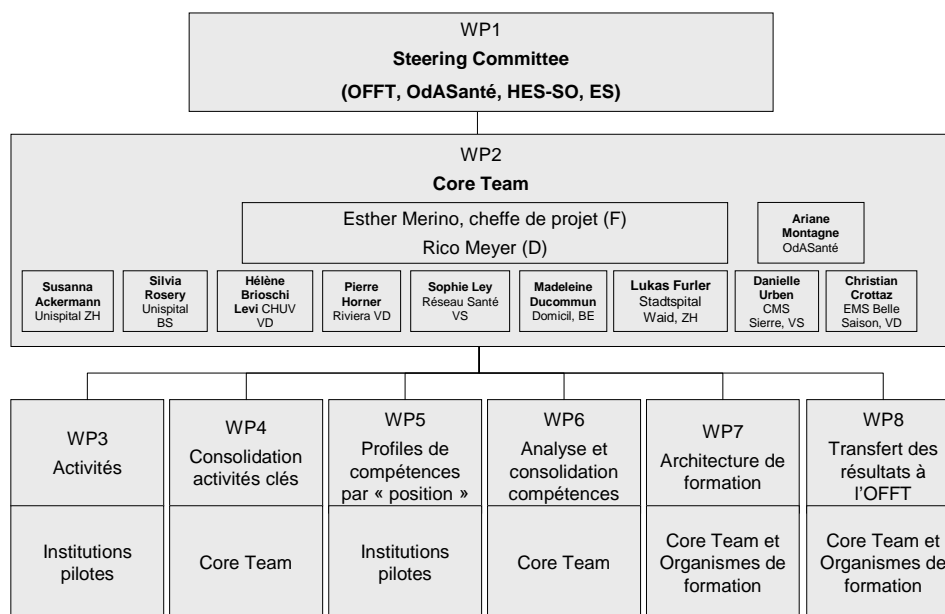


Figure 4 - Organisation et partenaires du projet

La constitution du consortium est précisée dans le tableau ci-dessous avec les partenaires pilotes associés :

No	Equipes	Partenaires
1	<b>Steering Committee</b>	OFFT; OdASanté ; HES ; ES
2	<b>Core Team</b>	Un/e interlocuteur/trice pour chaque institution, il s'agit des directeurs/trices des soins ou d'une personne déléguée (toujours le/la même interlocuteur/trice). Harmony Solutions SA pour la direction du projet, l'appui méthodologique et le concept
3	<b>Institutions pilotes</b>	1. Stadspital Waid, Zürich: infirmiers/ères et ICUS 2. Hôpital de la Riviera, Vaud : infirmiers/ères et ICUS 3. Le Réseau Santé Valais (RSV) : infirmiers/ères et ICUS 4. EMS Belle Saison, Vaud : infirmiers/ères et ICUS 5. Domicil (soins longue durée) : infirmiers/ères et ICUS 6. CMS (soins à domicile), Sierre : infirmiers/ères et ICUS 7. Hôpital Universitaire Vaud (CHUV): infirmiers/ères et ICUS 8. Hôpital universitaire de Bâle (USB): infirmiers/ères et ICUS 9. Hôpital Universitaire de Zürich (USZ): infirmiers/ères et ICUS
4	<b>Organismes et politique de formation</b>	Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées de Suisse (KFH), Hautes Ecoles Spécialisées (HES), Ecoles Supérieures (ES), Conférence Suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (GDK-CDS) (informée)

## 1.4 Plan de travail détaillé par work package<sup>8</sup>

### 1.4.1 WP1 Steering Committee

Ce comité a été constitué de personnes ayant une vue d'ensemble sur le paysage actuel du domaine des soins, des enjeux actuels et futurs ainsi que des différents projets en cours. Les membres de ce comité ont été choisis par l'OFFT.

Le Steering Committee a été informé des résultats intermédiaires lors d'une séance en date du 11 février 2009. Cette réunion a permis de discuter des sujets critiques liés au projet, d'intégrer le travail dans un contexte plus large, d'orienter et de prendre des décisions.

### 1.4.2 WP2 Core team et project management

Le Core Team est composé d'un interlocuteur pour chaque institution pilote ainsi que des intervenants de Harmony Solutions SA, c'est-à-dire la direction de projet et les spécialistes de la méthode Symphony/Corom. Les interlocuteurs peuvent être les directeurs/trices des soins de l'institution ou une personne déléguée.

Les membres du Core Team venant des institutions sont actifs dans l'organisation et la mise en œuvre du projet dans leur hôpital, ils sont l'interface privilégiée entre les équipes de soignants et les responsables du projet. De plus, ils sont également impliqués directement dans les activités interinstitutionnelles des WP4 et WP6 lors de la consolidation du travail réalisé avec les équipes de soignants/es ainsi que la validation régulière des résultats.

### 1.4.3 WP3 Activités

Le cadre d'analyse a été défini en collaboration avec les professionnels des soins et trois dimensions ont été retenues, soit: tout d'abord le **contexte des soins**, c'est-à-dire le contexte dans lequel les patients sont soignés et trois niveaux de spécialisation (hautement, moyennement et faiblement), puis la situation du patient au niveau de sa **stabilité** (stable ou instable), et enfin huit **catégories de situation de patient** représentant les besoins principaux en soins. Ces trois dimensions peuvent s'intégrer comme suit:

---

<sup>8</sup> Un tableau synoptique de la planification du projet par work package se trouve en annexe 2

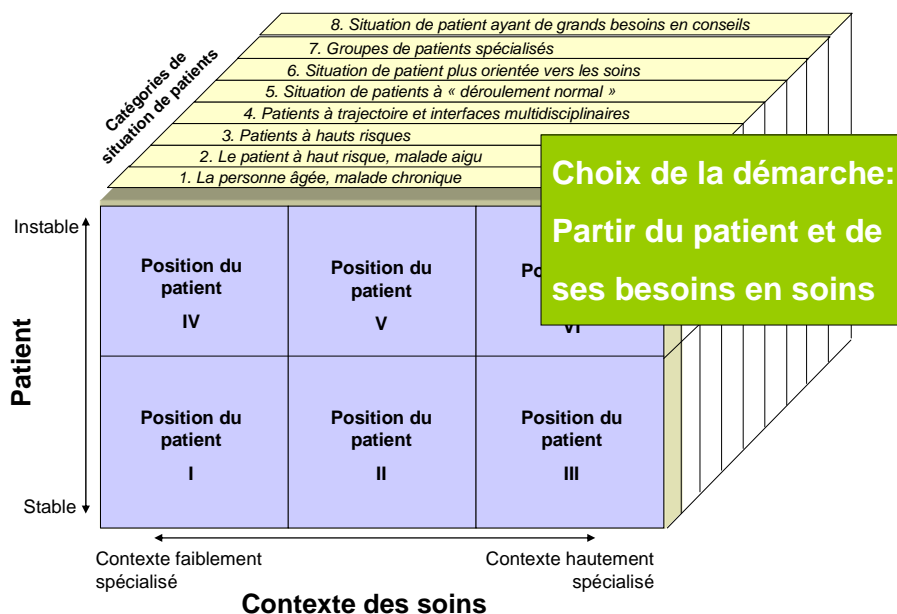


Figure 5 - Cadre d'analyse: le patient et son contexte de soins comme objet de référence

Cette matrice nous donne le découpage, c'est-à-dire la segmentation, déterminé sur la base des besoins en soins des patients et constitue le socle nécessaire à l'identification des activités puis des compétences nécessaires au métier d'infirmier/ère.

Le recueil des activités s'est fait autour des « itinéraires » de chaque patient type, à travers les différents contextes potentiels de soins (positions I à VI) permettant de mener à bien son traitement. A chaque position, les activités de soins ont été identifiées lors de workshops<sup>9</sup> réalisés dans les institutions pilotes mais uniquement sur les positions qui sont pertinentes pour chaque type de patient et d'institution. En voici ci-dessous une illustration:

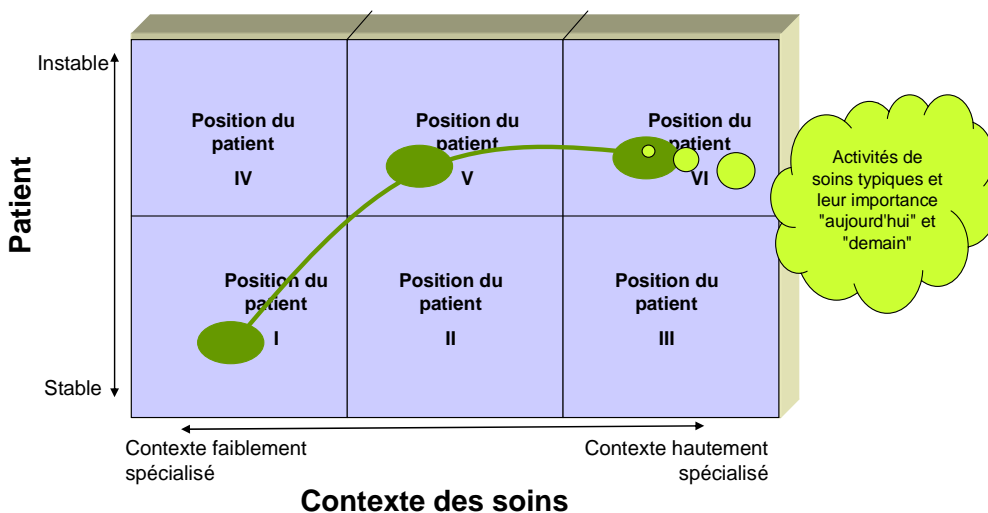


Figure 6 - Analyse des activités de soins  
 ex. «Patient à trajectoire et interfaces multidisciplinaires»

<sup>9</sup> La liste des workshops réalisés avec les participants, les lieux et les dates se trouve en annexe no 4

La collecte des activités s'est faite de manière intégrée, les résultats obtenus dans une institution ont été directement repris pendant le workshop suivant afin de construire sur ce qui a déjà été identifié. De cette manière, l'intégration s'est faite directement avec les professionnels, ce qui garantit la cohérence.

Dans le cadre de ce projet, il ne s'agit pas uniquement de s'intéresser à ce qui se fait aujourd'hui, mais aussi d'identifier quelles seront **les activités qui vont gagner en importance dans futur**. Car il s'agit d'avoir un impact sur la formation donc sur l'efficacité des professionnels de demain.

Pour ce faire, lors des workshops, une fois que les activités ont été recensées, les participants (les Team (soignants) et le Core Team (directeurs/trices de soins)) ont du se prononcer sur l'importance du temps accordé à chaque activité par rapport au contexte actuel et par rapport au futur (horizon de 5 à 10 ans) mais également sur le niveau de la qualité de la prise en charge actuelle.

Voici un exemple de l'outil utilisé:

Tool:		Activity analysis (for competence development)				Definition of the ranking of activities (see the team)			
Project:		Adéquation de la formation aux besoins du marché du travail dans les professions réglementées de la santé, en particulier les soins.				Ranking selon analyse quantitative (actuelle & future)			
Author:		OFFT, Octobre 2008 à avril 2009				Ranking selon opportunité d'amélioration (actuelle & future)			
View:		Par catégorie d'activité et type de contexte				Ranking consolidé pour l'analyse des compétences			
Contexte:		Spécialisé				Opportunité (évaluation)			
Activité		1. Temps accordé par activité actuellement		2. Niv. Qualité de prise en charge		3. Temps accordé par activité dans le futur			
Liste des activités considérées selon interview		Evénement	Intensité (horizon 5 à 10 ans)	Situation actuelle	Situation future	1 = premier	1 = premier	1 = premier	
Catégories d'activités		1 = rien	de très insuffisant à parfait	1 = De plus c'est positif, de plus il y a de l'opportunité	1 = De plus c'est positif, de plus il y a de l'opportunité	1 = premier	1 = premier	1 = premier	
Soulager, garantir, prescrire et maintenir les AVG afin de reconnaître et de composer des déficits et de maintenir/améliorer le bien-être et l'état de santé. Ceci en s'appuyant sur les besoins/objectifs de la personne soignée et de son entourage et dans le cadre de la structure journalière.		1. Soins	4	6	5	2	4	1	1
Analyser, prodiguer voire déléguer, évaluer et réajuster les soins, médico-délicats et/ou autonomes, de surveillance et de prévention en fonction des pathologies et du projet de la personne soignée (projet de vie d'accompagnement (intégrer les observations de l'équipe pluriprofessionnelle) et les besoins de l'entourage), tout en établissant une relation de confiance, afin de la permettre de maintenir et/ou retrouver le maximum d'autonomie possible et d'assurer son confort.									
Anticiper les situations de crise, et dans le cas d'une crise analyser la situation, prendre les mesures adaptées, en tenant compte de l'aspect relationnel au sein de l'équipe, de l'organisation de l'institution, de la sécurité de la personne soignée et de son entourage, et en respectant les procédures internes, afin de résoudre la situation et maintenir le bon fonctionnement.									
Soutenir la personne soignée et son entourage, en étant attentif à l'écoute et en s'adaptant à eux, dans le respect de leurs besoins, de leur situation globale et des ressources qui sont en mouvement (fluctuation), en faisant le lien avec l'entourage et/ou les autres intervenants afin de favoriser une relation de confiance et de réaliser les objectifs du projet de la personne soignée/projet de vie.									
Soulager et accompagner la personne soignée dans des situations de crise (p.ex. à l'arrivée, médicale, psychique) et dans la phase de décès. Répondre à ses besoins spécifiques. Durant la phase de fin de vie, agir selon les principes palliatifs de base (qualité de vie la meilleure possible, le moins de stress possible), afin que la personne soignée puisse bénéficier du meilleur bien-être possible et de répondre le mieux possible à ses besoins dans la situation spécifique.									

Figure 7 - Hiérarchisation des activités clés sur trois critères et selon les vues du Team et du Core Team

### 1.4.4 WP4 Consolidation activités clés

Une fois les activités des soignants identifiées pour chaque type de patient et pour chaque position, elles ont été regroupées pour en faire des activités dominantes. **Au vu des résultats obtenus et du nombre important d'activités recueillies auprès des professionnels des soins, le modèle de segmentation a été réduit.**

Dès lors, le travail s'est focalisé sur la dimension de la **spécialisation du contexte de soins des patients** (faiblement, moyennement et hautement) car le contexte de travail est le facteur le plus déterminant par rapport au développement des compétences. En effet, les dimensions du «Stable» et «Instable» par rapport à l'état du patient, ainsi que les différentes catégories de patient, ne se sont plus avérées nécessaires à cette étape.

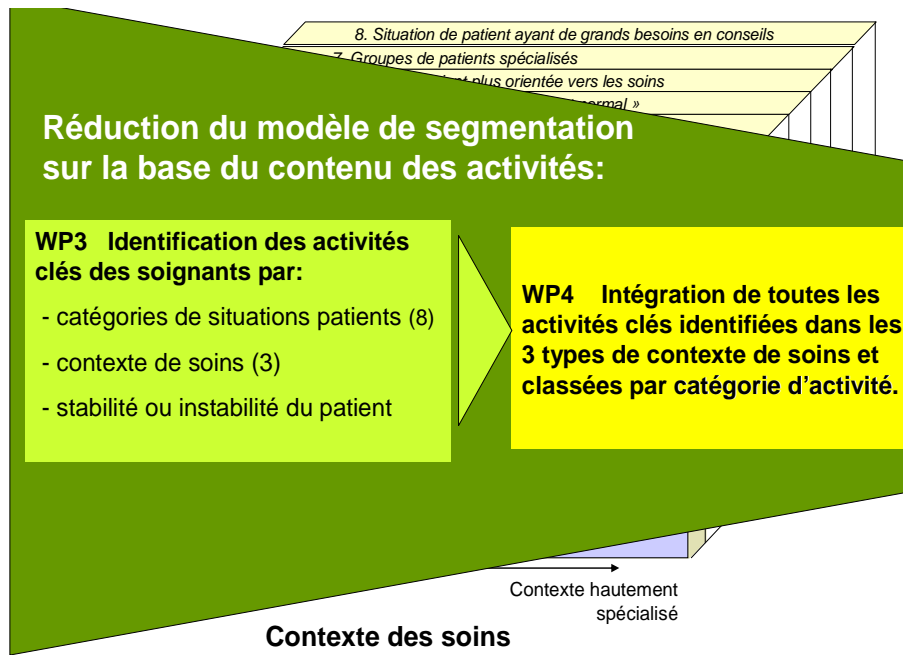


Figure 8 - Réduction du modèle de segmentation

Afin de structurer et de faciliter cette étape de consolidation, les redondances ont été retirées, puis des regroupements ont été effectués sur la base d'une logique de contenu. Toutes les activités ont été analysées et des «familles» ou **des catégories d'activité** ont pu être repérées, par exemple dans les soins, dans l'enseignement au patient ou dans l'organisation et encadrement. Ces catégories d'activité ont été validées par les professionnels des soins (Core Team et Team) et ont permis un traitement logique et cohérent des données. L'appellation des neuf catégories d'activité figure dans la liste ci-dessous:

Catégories d'activité	Contexte des soins		
	Activités clés I	Activités clés II	Activités clés III
1. Soins			
2. Soins - Démarche infirmière			
3. Organisation & Encadrement			
4. Soins - Évaluation & Réévaluation			
5. Communication & Coordination			
6. Information & Éducation			
7. Documentation			
8. Recherche & Développement			
9. Technique médicale & Environnement			

Contexte faiblement spécialisé

Contexte moyennement spécialisé

Contexte hautement spécialisé

Figure 9 - Les activités clés intégrées dans 3 différents contextes de soins et structurées par catégorie

Lors d'un workshop avec le Core Team, le degré d'agrégation des activités obtenues dans le WP3 a été retravaillé afin de réduire le nombre d'activités clés par rapport aux deux dimensions retenues (contexte de soins et catégories d'activité). Cette étape a servi également de validation intermédiaire des résultats par les directeurs/trices de soins ou leurs délégués/es, notamment au niveau de l'importance des activités dans le futur comme déjà effectué avec le Team précédemment [WP4.1].

Une fois ces regroupements effectués à l'aide des critères définis précédemment, un workshop interinstitutionnel d'une journée a été réalisé afin de valider la liste consolidée des activités clés avec les Team (infirmiers/ières et les ICUS représentant leur institution et leur service). [WP4.2]. La figure ci-dessous donne le nombre d'activités retenues par type de contexte, quant aux activités, elles figurent dans leur intégralité au chapitre no 3.

**Définition des activités clés des infirmiers/ières: tableau récapitulatif des 9 catégories de soins**

Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
1. Soins	<p>Analyser, prodiguer voire déléguer, évaluer et réajuster les mesures de soins, médico-délégués et/ou autonomes, de surveillance et de prévention en fonction des pathologies et du projet de la personne soignée (projet de vie d'accompagnement intégrant les observations de l'équipe interdisciplinaire) et les besoins de l'entourage, tout en établissant une relation de confiance, afin de lui permettre de maintenir son maximum d'autonomie et son confort.</p> <p><b>18 activités clés</b></p> <p>Soutenir les personnes âgées (AVQ) afin de reconnaître et de compenser des déficits et de maintenir/améliorer le bien-être et l'état de santé. Ceci en s'appuyant sur les besoins/objectifs de la personne soignée et dans le cadre d'un maintien à domicile.</p> <p>Anticiper les situations de crise, et dans le cas d'une crise analyser la situation, prendre les mesures adaptées, en tenant</p>	<p>Soutenir, garantir, prescrire et maintenir les AVQ afin de reconnaître et de compenser des déficits et de maintenir/améliorer le bien-être et l'état de santé. Ceci en s'appuyant sur les besoins/objectifs de la personne soignée et de son entourage et dans le cadre de la structure journalière.</p> <p>Analyser, prodiguer voire déléguer, évaluer et réajuster les soins, médico-délégués et/ou autonomes en fonction des besoins/objectifs de la personne soignée (projet de vie d'accompagnement intégrant les observations de l'équipe interdisciplinaire) et les besoins de l'entourage, tout en établissant une relation de confiance, afin de lui permettre de maintenir son maximum d'autonomie et son confort.</p> <p>Anticiper les situations de crise, et dans le cas d'une crise analyser la situation, prendre les mesures adaptées, en tenant compte de l'aspect relationnel au sein de l'équipe, de l'organisation de l'institution, de la sécurité de</p> <p><b>25 activités clés</b></p>	<p>Analyser, prodiguer voire déléguer, évaluer et réajuster les soins, médico-délégués et/ou autonomes, de surveillance et de prévention en fonction des pathologies et du projet de vie d'accompagnement de la personne soignée/traitement (intégrant les observations de l'équipe interdisciplinaire), tout en établissant une relation de confiance et en respectant des critères de qualité, sécurité et économie afin de lui permettre de maintenir son maximum d'autonomie et son confort.</p> <p>Préparer et conduire un traitement (immédiat, ...), évaluer l'effet attendu, et si nécessaire, réajuster les mesures prises en collaboration avec le médecin, tout en suivant les protocoles en vigueur, et en fonction de la prescription médicale.</p> <p>Animier et conduire un groupe thérapeutique de personnes soignées, en fonction des ressources et difficultés de chacun afin de</p> <p><b>33 activités clés</b></p>

Figure 10 - Intégration de toutes les activités clés identifiées dans les 3 types de contexte de soins et classées par catégorie d'activité

**NB** Il est à relever que tout ce qui a été fait pendant les workshops par les groupes de travail a fait l'objet d'une validation: les résultats obtenus par le Team ont toujours été présentés et validés par le Core Team et inversement.

Les WP3 et WP4 représentent un investissement conséquent de la part des équipes. Mais comme déjà mentionné plus haut, ces activités clés sont la source indispensable à l'identification des compétences. De la qualité de l'expression de ces activités de soins ainsi que de leur représentativité des besoins dépend la qualité des profils de compétences.

A partir du WP4, les intervenants ont consacré régulièrement du temps à l'analyse et l'intégration des études actuellement en cours sur le même sujet. Ces études ont été fournies par l'OFFT, dont le but est de pouvoir obtenir finalement une image cohérente des besoins et des enjeux actuels et futurs dans le domaine des soins. (Idem dans les WP suivants).

### 1.4.5 WP5 Profils de compétences

Les activités clés, obtenues comme expliqué précédemment, ont été hiérarchisées par ordre d'importance et de récurrence, selon la méthode Corom, afin de donner une pondération à chaque activité. Cela a une incidence directe sur le profil final de compétences et donne des indications importantes pour l'ingénierie de formation. Les activités sont mises dans un ordre qui va de celles qui sont les plus représentatives du métier, celles qui le caractérisent le mieux, celles dans lesquelles le professionnel a le plus de valeur ajoutée, à celles qui sont les plus génériques, les moins caractérisantes (ordre décroissant).

Cet exercice de hiérarchisation a été réalisé d'abord par le Team, puis retravaillé et validé par le Core Team. Les résultats finaux (score/ranking) figure ci-dessous:

Vue intégrée des résultats du Team et du Core team

Discussion du 11 février 2009, Core team				
Résultats de la hiérarchisation des activités par type de contexte				
Catégories d'activités	Ranking des activités par type de contexte			
	Faiblement spécialisé	Moyennement spécialisé	Hautement spécialisé	Consolidé
	(9 = dernier)	(9 = dernier)	(9 = dernier)	(9 = dernier)
1. Soins	3	1	1	1
2. Soins-Démarch. Inf.	1	2	7	2
3. Org. & Encad.	6	4	8	6
4. Soins-Eval. et réeval.	4	7	2	5
5. Comm. & Coord.	2	5	3	3
6. Soins-Info.& Educ.	5	3	4	4
7. Documentation	8	9	9	9
8. Recherche & Développement	9	6	6	8
9. Tech. Médicale & Environnement	7	8	5	7

Figure 11 - Hiérarchisation des activités par contexte et vue consolidée intégrant les trois contextes (tableau)

La réalisation du processus participatif d'identification des activités peut être illustré et chiffré de la manière suivante:

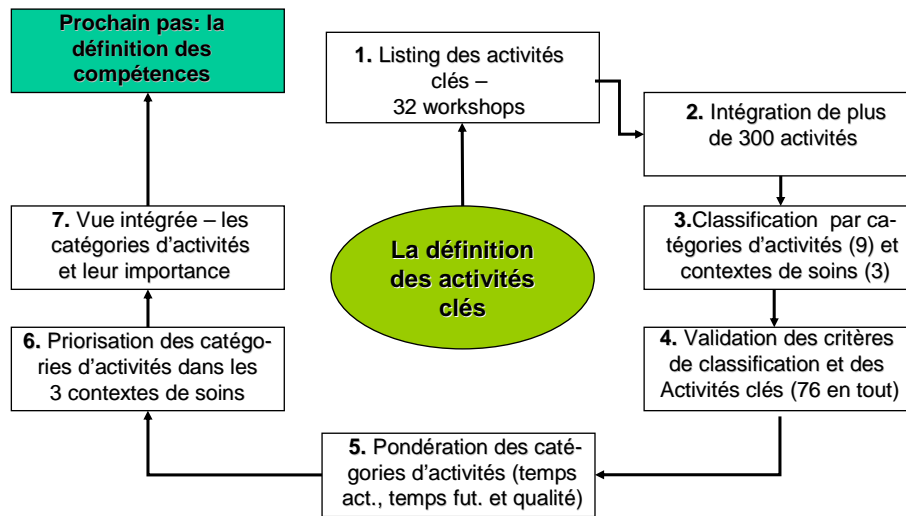


Figure 12 - La réalisation: définition des activités clés, une démarche participative

En un deuxième temps, les quatre dimensions de la compétence selon Corom<sup>10</sup>, ont été définies pour chaque activité avec le support de la plateforme SymResources (logiciel sécurisé accessible sur Internet), comme illustré ci-dessous (capture d'écran):

sym compétences			mms coordonnées	
métier : Infirmier-ère / Contexte mouvement spécialisé [Santé Cluster]			nom	cluster
mode visualisation			historique	
éditer profil - éditer synthèse - fermer			cluster	créé
<b>activités &amp; compétences</b>			par	modifié
mission du métier			par	
description			18.01.2009	
1. SOINS - Soutenir, garantir, prescrire et maintenir les AVQ (actes de la vie quotidienne) afin de reconnaître et de compenser des déficits et de maintenir/améliorer le bien-être et l'état de santé. Ceci en s'appuyant sur les besoins/objectifs de la personne soignée et de son entourage et dans le cadre de la structure journalière.			13.02.2009	
démarche intellectuelle				
Adaptation Analyse				
Application Régulation				
domaine de connaissance				
application				
niveau				
savoirs références				
Sciences Médicales			Maîtrise	
Soins Infirmiers (protocoles de, actes médico-délégués, pharmacologie)				
Communication			Maîtrise	
Patient - Relation/communication (technique de)				
Sciences Médicales			Maîtrise	
Physio-pathologie				
Sciences Médicales			Maîtrise	
Risque Gestion (patient)				
temps				
espace				
1 à 4 semaines				
Régulation				
nature			sans	
interaction			Avec	
Très fréquent			Interne	
description				
activité d4 2				
1. SOINS - Analyser, prodiguer voire déléguer, évaluer et réajuster les soins, médico-délégués et/ou autonomes, de surveillance et de prévention en fonction des pathologies et du projet de la personne soignée /projet de vie d'accompagnement (intégrant les observations de l'équipe interdisciplinaire) et les besoins de l'entourage, tout en établissant une relation de confiance, afin de lui permettre de maintenir et/ou retrouver le maximum d'autonomie possible et d'assurer son confort.				
démarche intellectuelle				
Adaptation Régulation				
Adaptation Analyse				
domaine de connaissance				
application				
niveau				
savoirs références				
Sciences Médicales			Maîtrise	
Soins spécifiques infirmiers (ex. chimiothérapie, cardiologie, drain thoracique, ...)				
Communication			Maîtrise	
Patient - Relation/communication (technique de)				
Sciences Médicales			Maîtrise	
Physio-pathologie				
Ressources Humaines			Pratique	
Fonctions&Comp'tences collaborateurs				
temps				
espace				
1 à 4 semaines				
Régulation				
nature			sans	
interaction			Avec	
Très fréquent			Interne	
description				
activité d4 3				
1. SOINS - Anticiper les situations de crise, et dans le cas d'une crise analyser la situation, prendre les mesures adaptées, en tenant compte de l'aspect relationnel au sein de l'équipe, de l'organisation de l'institution, de la sécurité de la personne soignée et de son entourage, et en respectant les procédures internes, afin de résoudre la situation et maintenir le bon fonctionnement.				

Figure 13 - Illustration des activités avec les compétences associées dans le logiciel SymResources

<sup>10</sup> Méthode Corom, cf. annexe no 5



Cette étape a donné lieu à trois workshops interinstitutionnels, réalisés en bilingue, avec des équipes comportant tant des infirmiers/ères que des ICUS. Pendant ces workshops, les grands principes de la méthode Corom ont été transférés aux équipes, puis la hiérarchisation des activités (sur la base des critères d'importance et de récurrence) et l'identification des compétences nécessaires à la réalisation de chaque activité ont été déterminées de manière collective<sup>11</sup>.

Une fois ce travail d'identification des compétences réalisé, la synthèse, c'est-à-dire le profil de compétences nécessaire pour chaque type de contexte de soins, a été effectuée (notamment à l'aide de la hiérarchisation des activités). Elle renseigne sur les compétences les plus caractéristiques, qui sont indispensables à l'exercice du métier d'infirmier/ère. Mais la synthèse donne aussi lieu de faire des aires de mobilité, c'est-à-dire de pouvoir comparer un profil de métier à d'autres profils de métiers.

#### 1.4.6 WP6 Analyse et consolidation des profils de compétences

Sur la base des trois profils de compétences obtenus (un par type de contexte), un travail d'analyse, de comparaison et de regroupement a été réalisé sur la base d'une logique compétences. A l'aide de la plateforme SymResources, la proximité entre les trois profils de compétences a pu être calculée et des aires de mobilité ont été générées<sup>12</sup>.

Cette analyse « compétences » (WP6.1) met en lumière les compétences attendues et répondant à la vision du métier d'infirmier/ère du futur envisagé par les professionnels des soins. Elle met en évidence les besoins en compétences des trois contextes de soins et les différences significatives entre un contexte et un autre

Ces premiers résultats ont été exposés au Steering Committee (17.02.09), et une analyse complémentaire a été demandée. **L'hypothèse de pouvoir regrouper les profils ainsi obtenus en deux profils uniquement, sur la base d'une logique «compétences», a été émise. Donc dans le cadre du WP6, cette option a été étudiée et deux profils différents du point de vue compétences mais regroupant toutes les attentes énoncées par les équipes, ont été assemblés (profil A et B).**

Les différents profils ont été présentés en deux temps au Core Team: premièrement, les trois profils de compétences sur la base des trois contextes de soins et deuxièmement **les profils A et B**. Ces séances avaient pour objectifs d'informer les directeurs/trices de soins des résultats et de les faire valider.

A partir de cette étape, des contacts ont été établis avec des responsables du projet parallèle de la KFH (Conférence des recteurs des Hautes Spécialisées Suisses) afin de créer des liens entre les deux démarches, et en vue d'obtenir une vision cohérente du besoin en compétences pour le métier d'infirmier/ère.

#### 1.4.7 WP7 Architecture de formation

Initialement il avait été prévu de faire un workshop d'une demi journée avec le Core Team et les organismes de formation concernés pour développer une architecture de formation concertée prenant en compte les besoins exprimés par les professionnels des soins.

<sup>11</sup> Les trois profils de compétences complets sont accessibles sur Internet. Pour les consulter, il faut ouvrir le navigateur Internet Explorer, aller sur l'adresse: <https://www.symresource.com>; First login: **job** + Pass Word: **nurse**

<sup>12</sup> cf. les résultats dans le chapitre 3.4

Néanmoins, au vu d'un état de faits particulièrement complexe et des avis divergents entre les acteurs concernés et entre les régions, il a été décidé de mener un travail conjoint ultérieur plus approfondi pour développer une architecture de formation concertée; et ce, conformément aux besoins exprimés par les acteurs du marché du travail dans le domaine des soins.

#### **1.4.8 WP8 Présentation et transfert des résultats à l'OFFT**

Ce projet a débuté en date du 27 octobre 2008 et les résultats finaux ont été remis en date du 31 mai 2009, selon accord avec le mandant.

**NB** Il est à relever que les partenaires des institutions ont été passablement sollicités. Malgré des délais très courts, ils ont généreusement mis à disposition les ressources nécessaires (collaborateurs, locaux, voire repas) dans la mesure de leurs possibilités.

## **2 Activités clés (WP3-WP4) regroupées par type de contexte**

Ce chapitre contient la base de travail pour l'analyse des compétences. Toutes les activités clés récoltées dans les différents sites pilotes sont ici répertoriées par type de contexte de soins et par catégories d'activités. L'obtention de ces données a nécessité la mise en oeuvre de 33 workshops<sup>13</sup> dans les neuf sites pilotes, principalement avec des infirmiers/ères et des responsables de service (ICUS). Les résultats ont donné lieu également à une validation par le Team et par le Core Team.

---

<sup>13</sup> La liste de tous les workshops avec les sites et les participants se trouve en annexe 4

## Définition des activités clés des infirmiers/ières: tableau récapitulatif des trois types de contexte de soins

Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
<b>1. Soins</b>	<p>Analyser, prodiguer voire déléguer, évaluer et réajuster les mesures de soins, médico-déléguées et/ou autonomes, de surveillance et de prévention en fonction des pathologies et du projet de la personne soignée /projet de vie d'accompagnement (intégrant les observations de l'équipe interdisciplinaire) et les besoins de l'entourage, tout en établissant une relation de confiance, afin de lui permettre de maintenir et/ou retrouver le maximum d'autonomie possible et d'assurer son confort.</p> <p>Soutenir, garantir, prescrire et maintenir les AVQ (actes de la vie quotidienne) afin de reconnaître et de compenser des déficits et de maintenir/améliorer le bien-être et l'état de santé. Ceci en s'appuyant sur les besoins/objectifs de la personne soignée et dans le cadre d'un maintien à domicile.</p> <p>Anticiper les situations de crise, et dans le cas d'une crise analyser la situation, prendre les mesures adaptées, en tenant compte de l'aspect relationnel au sein de l'équipe, de l'organisation de l'institution, de la sécurité de la personne soignée et de son entourage, et en respectant les procédures internes, afin de résoudre la</p>	<p>Soutenir, garantir, prescrire et maintenir les AVQ afin de reconnaître et de compenser des déficits et de maintenir/améliorer le bien-être et l'état de santé. Ceci en s'appuyant sur les besoins/objectifs de la personne soignée et de son entourage et dans le cadre de la structure journalière.</p> <p>Analyser, prodiguer voire déléguer, évaluer et réajuster les soins, médico-délégués et/ou autonomes, de surveillance et de prévention en fonction des pathologies et du projet de la personne soignée /projet de vie d'accompagnement (intégrant les observations de l'équipe interdisciplinaire) et les besoins de l'entourage, tout en établissant une relation de confiance, afin de lui permettre de maintenir et/ou retrouver le maximum d'autonomie possible et d'assurer son confort.</p> <p>Anticiper les situations de crise, et dans le cas d'une crise analyser la situation, prendre les mesures adaptées, en tenant compte de l'aspect relationnel au sein de l'équipe, de l'organisation de l'institution, de la sécurité de la personne soignée et de son entourage, et en respectant les procédures internes, afin de résoudre la situation et maintenir le bon fonctionnement.</p>	<p>Analyser, prodiguer voire déléguer, évaluer et réajuster les soins, médico-délégués et/ou autonomes, de surveillance et de prévention en fonction des pathologies et du projet de vie d'accompagnement de la personne soignée/traitement (intégrant les observations de l'équipe interdisciplinaire), tout en établissant une relation de confiance et en respectant des critères de qualité, sécurité et économie afin de lui permettre de maintenir et/ou retrouver le maximum d'autonomie possible et d'assurer son confort.</p> <p>Préparer, contrôler, administrer les traitements (dosages, compatibilité, effet immédiat, ...), évaluer l'effet attendu, et si nécessaire, réajuster les mesures prises en collaboration avec le médecin, tout en suivant les protocoles en vigueur, et en fonction de la prescription médicale.</p> <p>Animer et conduire un groupe thérapeutique de personnes soignées, en fonction des ressources et difficultés de chacun afin de permettre à la personne soignée d'évoluer dans son projet de soins.</p> <p>Conduire des entretiens thérapeutiques dans des situations variées et complexes afin de réaliser les objectifs de soins fixés avec la</p>

Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
	<p>situation et maintenir le bon fonctionnement.</p>	<p><b>S</b>outenir la personne soignée et son entourage, en étant activement à l'écoute et en s'adaptant à eux, dans le respect de leurs besoins, de leur situation globale et des ressources qui sont en mouvement (fluctuation), en faisant le lien avec l'entourage et/ou les autres intervenants afin de favoriser une relation de confiance et de réaliser les objectifs du projet de la personne soignée/projet de vie.</p> <p><b>S</b>outenir et accompagner la personne soignée dans des situations de crise (p.ex. à l'entrée, médicale, psychique) et dans la phase de décès. Répondre à ses besoins spécifiques. Durant la phase de fin de vie, agir selon les principes palliatifs de base (qualité de vie la meilleure possible, le moins de stress possible), afin que la personne soignée puisse bénéficier du meilleur bien-être possible et de répondre le mieux possible à ses besoins dans la situation spécifique.</p>	<p>personne soignée et son entourage.</p> <p><b>E</b>couter activement, rassurer et soutenir la personne soignée et son entourage, de façon continue, en établissant une relation de confiance, en se montrant disponible, en répondant aux questions, en faisant preuve d'empathie et d'humanité, sans jugement, dans le respect de son altérité afin de leur permettre d'exprimer leurs inquiétudes et leur questionnement, et de construire une alliance thérapeutique.</p> <p><b>A</b>ccompagner la personne soignée et son entourage dans des situations de fin de vie, en répondant à leurs besoins, en mettant l'accent sur des soins de confort, en les accompagnant dans leur processus de deuil afin d'atténuer leurs angoisses et inquiétudes, de leur permettre de cheminer le plus sereinement possible par rapport à l'approche de la mort.</p> <p><b>A</b>ccompagner la personne soignée et son entourage dans la période de crise lors d'entretiens ciblés, en les orientant vers des groupes de paroles ou vers d'autres partenaires de soins afin de les soutenir et dénouer la situation le plus rapidement possible et prendre des mesures immédiates pour assurer la sécurité.</p>
<b>2. Soins-Démarche infirmière</b>	Etablir l'anamnèse, la documentation et la saisie des prestations (évaluation multidimensionnelle, planification des soins,	Etablir l'anamnèse, la documentation et la saisie des prestations (évaluation multidimensionnelle, planification des soins,	Etablir l'anamnèse, définir le processus de soins et les mesures pour le futur fonctionnement autonome afin de garantir les

Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
	<p>rapport des soins, etc.) pour saisir la situation du patient, fixer et documenter les objectifs, coordonner les mesures et garantir la continuité des soins.</p> <p><b>Analyser</b> la situation de la personne soignée (physique, psychique, sociale) et déterminer un diagnostic infirmier, en identifiant ses besoins, en détectant ses dysfonctionnements de santé et/ou d'hygiène de vie afin d'inciter la personne soignée à prendre en charge son capital santé.</p> <p><b>Planifier</b>, mettre en commun, mettre en place, analyser et adapter le processus des soins (y c. gestion de sortie) dans le système de soin correspondant, afin de saisir l'évolution de la personne soignée et de coordonner les activités des soignants.</p>	<p>rapport des soins, etc.) pour saisir la situation du patient, fixer et documenter les objectifs, coordonner les mesures et garantir la continuité des soins.</p> <p><b>Analyser</b> la situation de la personne soignée (physique, psychique, sociale) et déterminer un diagnostic infirmier, en identifiant ses besoins, en détectant ses dysfonctionnements de santé et/ou d'hygiène de vie afin d'inciter la personne soignée à prendre en charge son capital santé.</p> <p><b>Planifier</b>, mettre en commun, mettre en place, analyser et adapter le processus des soins (y c. gestion de sortie) dans le système de soin correspondant, afin de saisir l'évolution de la personne soignée et de coordonner les activités des soignants.</p>	<p>meilleurs soins possibles ainsi que l'échange/la transmission entre les soignants.</p> <p><b>Etablir</b> et mettre en place le projet de soins de la personne soignée, en mobilisant des moyens thérapeutiques, de l'accompagner de manière structurée pendant son séjour et finalement l'aider à regagner le maximum d'autonomie possible.</p> <p><b>Analyser</b> la situation de la personne soignée (physique, psychique, sociale, spirituelle) et formuler un diagnostic infirmier, en identifiant ses besoins et ses attentes, en détectant ses dysfonctionnements de santé et/ou d'hygiène de vie afin d'encourager la personne soignée et son entourage à prendre en charge son capital santé.</p>
<p><b>3. Organisation &amp; Encadrement</b></p>	<p><b>Organiser</b> la prise en charge globale (soins, repas, ménage,...) de la personne soignée et contrôler régulièrement son adéquation, en anticipant les risques et les complications et en tenant compte des objectifs et des réévaluations, lors des passages réguliers à domicile, afin de répondre de manière optimale aux besoins de la personne soignée.</p> <p><b>Organiser</b> la tournée journalière auprès des personnes soignées, en prévoyant le matériel, les médicaments.</p>	<p><b>Organiser</b> le déroulement du séjour de la personne soignée (de l'entrée à la sortie), de la vie quotidienne de la personne soignée et le réajuster en permanence selon les exigences et les imprévus du travail interdisciplinaire. Et répartir, déléguer, et superviser le travail quotidien en fonction des priorités, de l'évolution du patient, de la charge de travail et des compétences de l'équipe (collègues, stagiaires, étudiants) afin d'organiser les soins/l'accompagnement de la vie quotidienne de manière optimale et de répondre aux besoins de la personne soignée de manière efficiente.</p>	<p><b>Planifier</b>, anticiper, et réajuster en permanence selon les exigences et les imprévus du travail interdisciplinaire, les soins quotidiens et les examens; répartir, déléguer et superviser le travail quotidien, en évaluant la situation et celle du service, et en fonction des priorités, de la charge de travail, des compétences de l'équipe, des imprévus et des contraintes, de manière interdisciplinaire, afin d'organiser les soins de manière optimale.</p> <p><b>Encadrer</b>, former et superviser les activités des nouveaux collaborateurs/trices, des apprentis (*ASSC, ASE, GEI), des auxiliaires,</p>

Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
	<p>Encadrer et superviser les activités des nouveaux collaborateurs/trices, des aide familiales, des auxiliaires, des stagiaires et des étudiant/es, en observant et en prenant des mesures de réajustement afin d'améliorer les pratiques de travail en fonction des normes institutionnelles en vigueur.</p> <p>Déléguer des tâches aux aides familiales et aux auxiliaires et les superviser, en fonction de leurs compétences et des besoins, au moyen d'un dossier de transmission décrivant précisément les activités afin de répondre aux besoins.</p>	<p>Encadrer, former et superviser les activités des nouveaux collaborateurs/trices, des apprentis (*ASSC, ASE, GEI), des auxiliaires, des stagiaires, des étudiant/es, selon les concepts spécifiques, en observant et en prenant des mesures de réajustement afin d'améliorer les pratiques de travail en fonction des normes institutionnelles en vigueur et tout en tenant compte des besoins de la personne soignée.</p> <p>(* Assistant en soins et santé communautaire, Assistant socio-éducatif, Gestionnaire en intendance).</p>	<p>des stagiaires, des étudiant/es en observant et en prenant des mesures de réajustement afin d'améliorer les pratiques de travail en fonction des normes institutionnelles en vigueur et tout en tenant compte des besoins de la personne soignée et sa sécurité.</p> <p>(* Assistant en soins et santé communautaire, Assistant socio-éducatif, Gestionnaire en intendance).</p>
<p><b>4. Soins – Evaluation &amp; Réévaluation</b></p>	<p>Définir et réévaluer les objectifs du maintien à domicile de la personne soignée, en identifiant régulièrement ses besoins, ses ressources et ses difficultés, de manière interdisciplinaire, en fonction du mandat de prestations du CMS afin d'ajuster la prise en charge à domicile.</p>	<p>Analyser, définir et réévaluer les objectifs du projet de la personne soignée avec sa collaboration/ou les types de soins et surveillances requis pour chaque personne soignée, en identifiant régulièrement ses ressources et difficultés, de manière interdisciplinaire, en fonction du motif d'hospitalisation et de son état de santé afin de permettre à la personne soignée de retrouver la plus grande autonomie possible (seul ou avec aide) à domicile ou en institution, ou de l'accompagner dans sa fin de vie .</p> <p>Ecouter la personne soignée et la comprendre en contextualisant ses demandes et plaintes (santé) en se référant aux procédures définies avec l'aide de tierces personnes pour établir un diagnostic et prendre des mesures adéquates.</p>	<p>Définir et réévaluer les objectifs de la personne soignée, en identifiant régulièrement ses ressources et difficultés, de manière interdisciplinaire, en fonction du motif d'hospitalisation et de son état de santé afin d'ajuster le traitement.</p> <p>Surveiller constamment les paramètres vitaux et/ou consulter les résultats laboratoires/radiologie en fonction de l'évolution de la personne soignée afin de détecter, respectivement anticiper, une péjoration de son état de santé et permettre une prise en charge intégrée.</p> <p>Examiner régulièrement la personne soignée en l'auscultant, l'observant et en l'interrogeant afin d'identifier les problèmes potentiels.</p>

Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
		<p><b>M</b>ener des entretiens de suivi avec les personnes soignées et/ou les proches pour vérifier les mesures prises jusqu'à présent, les adapter, planifier des nouvelles mesures et les introduire afin d'accompagner et soutenir la personne soignée.</p>	<p><b>P</b>rendre contact, observer, faire une évaluation clinique de la personne soignée (différents systèmes), contrôler et évaluer l'équipement direct, les traitements médicamenteux, l'équipement autour de la personne soignée, la feuille de prescription médicale (en tandem), son application et son adéquation au dossier infirmier afin d'établir une vision globale de l'état de la personne soignée et de prévoir les mesures adéquates en fonction de sa situation, ceci tout en observant et intégrant les activités de l'unité.</p> <p><b>D</b>resser les valeurs fondamentales (évaluation de la douleur, contrôle des paramètres d'exclusion, tension artérielle, pouls, température, saturation O2), les estimer, analyser, documenter et, selon les valeurs, les transférer ou agir de manière autonome, afin d'obtenir une image aussi exacte que possible de la situation de la personne soignée et de planifier les soins de façon optimale.</p> <p><b>O</b>bserver, évaluer l'état général de la personne soignée et déterminer les surveillances, de façon continue, et faire des liens avec sa pathologie et son traitement afin d'anticiper et prévenir d'éventuels problèmes.</p> <p><b>E</b>valuer régulièrement les besoins de la personne soignée et de son entourage ainsi que leurs ressources afin d'adapter la prise en charge de manière optimale.</p> <p><b>E</b>valuer la pertinence du traitement, par un</p>

Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
			<p>questionnement régulier par rapport au sens du traitement et dans la situation actuelle, afin d'assurer les intérêts de la personne soignée.</p> <p>Evaluer régulièrement l'état de la personne soignée, en se référant au modèle bio-psycho-social-spirituel, en observant son état clinique à travers les AVQ, les entretiens et les symptômes afin d'élaborer, voire réadapter, le plan de soins.</p>
<b>5. Communication &amp; Coordination</b>	<p>Faire le lien régulièrement, en recueillant et transmettant les informations liées à la santé et à la prise en charge, entre les médecins, la famille/entourage et les autres intervenants, en fonction de la réévaluation afin d'ajuster la prise en charge.</p>	<p>Recevoir ou rechercher les informations, les trier, les analyser et les transmettre, oralement et/ou par écrit, aux intervenants concernés, afin de pouvoir prendre les décisions consensuelles pertinentes, avec l'équipe interdisciplinaire, relatives au projet de la personne soignée.</p> <p>Elaborer, planifier, coordonner et mettre en place les mesures en collaboration avec les réseaux internes et externes (médecins traitants, CMS, ergothérapeutes, physiothérapeutes, ligues et services spécialisés, etc..) pour concevoir les meilleurs traitements possibles pour les personnes soignées afin d'assurer la continuité de la prise en charge.</p>	<p>Organiser les interventions de l'équipe pluridisciplinaire, en partenariat avec le médecin, en fonction de l'état de la personne soignée et des disponibilités des ressources afin de garantir la cohérence et l'efficacité du projet thérapeutique.</p> <p>Réaliser un bilan de sortie et préparer sa sortie en faisant le point de la situation par rapport au séjour et la progression de la personne soignée, lors d'une séance avec la personne soignée et son entourage, le médecin, l'infirmier/ère référent, chef de clinique, assistant/e sociale, afin de passer le témoin aux différents intervenants externes.</p> <p>Créer des réseaux et assurer une communication intra- et interdisciplinaire (entre soignants, avec l'entourage, avec différents corps de métiers dans l'hôpital et hors de l'hôpital) afin de garantir la planification à court et à moyen terme.</p> <p>Recevoir ou rechercher les informations, les</p>



Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
			trier, les analyser et les transmettre, oralement et/ou par écrit, aux intervenants concernés, afin de pouvoir prendre les décisions consensuelles pertinentes relatives au projet de la personne soignée et permettre la continuité des soins.
<b>6. Information &amp; Education</b>	<p>Conseiller les différentes catégories de la population sur les thèmes liés au mandat de prestations (vaccination, alimentation, diabète, scolaire,...) lors de consultations ou de passages dans les lieux d'activités, en fonction des directives de la Santé publique afin de sensibiliser les personnes aux problèmes de santé publique.</p> <p>Soutenir la personne soignée et son entourage, en étant activement à l'écoute et en s'adaptant à eux, dans le respect de leurs besoins, de leur situation globale et des ressources, en faisant le lien avec l'entourage et/ou les autres intervenants afin de favoriser une relation de confiance et de réaliser les objectifs de la prise en charge.</p> <p>Expliciter à la personne soignée et à son entourage les pathologies, les risques, la prévention, le traitement, son application et le suivi, en montrant les gestes et en contrôlant leur acquisition, et en vérifiant la bonne compréhension, ceci en fonction de leurs capacités cognitives et physiques, dans le but de favoriser l'autonomie du patient et de maintenir son capital santé et</p>	<p>Expliciter à la personne soignée et à son entourage les droits et les devoirs de la personne soignée; les pathologies, les pratiques d'hygiène et de sécurité, les risques, la prévention, le traitement, son application et le suivi, en montrant les gestes et en contrôlant leur acquisition, et en vérifiant la bonne compréhension, ceci en fonction de ses capacités cognitives et physiques, dans le but de diminuer le risque de récurrence, de favoriser la prise en charge autonome de sa pathologie, et/ou de maintenir le capital santé et de permettre le retour à domicile ou le placement en institution, et afin qu'ils consentent de manière éclairée.</p> <p>Accueillir la personne soignée et/ou son accompagnant/e sur la base des données récoltées précédemment, en informant de l'organisation de l'EMS/service, du quotidien et des prestations afin d'assurer une prise en charge individuelle, de poursuivre de manière optimale le processus de soins/et d'établir une relation de confiance.</p> <p>Promotion de la santé: enseigner les différents thèmes liés à la prévention et à la santé de manière individuelle ou collective sur la base</p>	<p>Expliciter à la personne soignée et à son entourage les droits et les devoirs du patient, les pathologies, les risques, la prévention, le traitement, son application et le suivi, en montrant les gestes et en contrôlant leur acquisition, et en vérifiant la bonne compréhension, ceci en fonction de ses capacités cognitives et physiques, dans le but de diminuer le risque de récurrence, de favoriser la prise en charge autonome de sa pathologie, et/ou de maintenir le capital santé et de permettre le retour à domicile ou le placement en institution, et afin qu'ils consentent de manière éclairée.</p> <p>Ecouter la personne soignée et analyser, au cours de son hospitalisation et/ou lors d'ateliers, avec elle son vécu, pendant les séances de l'atelier de connaissances des symptômes, en initiant la personne soignée à la pathologie et faisant des liens entre sa situation et la pathologie, et lui transmettre les indications thérapeutiques et les conseils d'hygiène de vie, en tenant compte de sa capacité d'assimilation, afin que la personne soignée vive au mieux avec la maladie et afin de prévenir la rechute.</p>

Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
	de permettre son maintien à domicile.	de programmes de cours.	
<b>7. Documentation</b>	Remplir et mettre à jour quotidiennement les divers documents (dossiers informatique et papier, RAI HC), en fonction des directives de l'institution, permettant d'assurer la traçabilité, la transparence des prestations et la continuité des soins.	Remplir et mettre à jour continuellement les divers documents et relever les ordres médicaux pour assurer la continuité des soins.  En fonction des directives de l'institution compléter des documents supplémentaires pour assurer la traçabilité et la transparence des prestations.	Remplir et mettre à jour continuellement les divers documents et relever les ordres médicaux pour assurer la continuité des soins.  En fonction des directives de l'institution compléter des documents supplémentaires pour assurer la traçabilité et la transparence des prestations.
<b>8. Recherche &amp; Développement</b>	Se former régulièrement sur les nouvelles techniques de soins, les compétences relationnelles et en général sur des sujets touchant à la santé afin d'entretenir l'employabilité et de contribuer au développement de la profession infirmière.	Se former régulièrement sur les nouvelles techniques de soins, les compétences relationnelles et en général sur des sujets touchant à la santé et réaliser des projets de recherche afin d'entretenir l'employabilité et de contribuer au développement de la profession infirmière.  Développer des modules de formation pour les personnes soignées en fonction des directives et des besoins du public cible, les analyser et les mettre à jour régulièrement afin de sensibiliser aux changements de comportements liés aux problèmes de santé.	Développer les connaissances, lors d'échanges (groupes de travail) et en créant/optimisant les protocoles dans le but d'améliorer et maintenir la qualité des soins.  Se former régulièrement sur les nouvelles techniques de soins, les compétences relationnelles et en général sur des sujets touchant à la santé et réaliser des projets de recherche afin d'entretenir l'employabilité et de contribuer au développement de la profession infirmière.
<b>9. Technique médicale &amp; Environnement</b>	Préparer, contrôler et maîtriser le matériel, les locaux et les appareils techniques afin d'anticiper toutes les situations.	Préparer, contrôler et maîtriser le matériel, les locaux et les appareils techniques afin d'anticiper toutes les situations.  Accomplir diverses mesures médico-déléguées et techniques (perfusion, cathéter, sonde gastrique, tube de trachéotomie, médicaments, bandages ...) pour garantir les soins, la sécurité le bien-être de la personne soignée.  Vérifier constamment l'environnement direct et	Préparer et contrôler le matériel, les locaux afin d'anticiper toutes les situations.  Accomplir diverses mesures médico-déléguées et techniques (perfusion, cathéter, sonde gastrique, tube de trachéotomie, médicaments, bandages ...) pour garantir les soins, la sécurité le bien-être de la personne soignée.  Vérifier constamment l'environnement direct

Catégorie d'activités	Contexte faiblement	Contexte moyennement	Contexte hautement
		<p>indirect de la personne soignée et prendre des mesures si nécessaire afin de maintenir un environnement adapté aux besoins (personnes soignées et soignants).</p> <p><b>Discuter</b> les aspects hôteliers avec la personne soignée, les clarifier, décider et l'informer, afin de tenir compte de ses besoins dans la mesure du possible.</p>	<p>et indirect de la personne soignée et prendre des mesures si nécessaire afin de maintenir un environnement adapté aux besoins (personnes soignées et soignants).</p>

### 3 Profils de compétences par type de contexte

Les profils de compétences ont été obtenus en traduisant chaque activité clé dans les quatre dimensions de la compétence cognitive utilisées dans la méthode Corom. Pour prendre connaissance de toutes les activités avec la définition des compétences, il faut consulter la plateforme SymResources<sup>14</sup>. Dans ce chapitre, uniquement la synthèse de chaque profil par type de contexte de soins est décrite. Il s'agit des compétences clés attendues par les professionnels.

#### 3.1 Profil de l'infirmier/ère dans un contexte de soins faiblement spécialisé

L'infirmier/ère travaillant dans les soins à domicile pratique son métier directement chez le patient, il/elle se trouve donc dans un contexte faiblement spécialisé. Pour mener à bien ses activités, il/elle s'appuie principalement sur deux démarches intellectuelles (approche cognitive) très différentes: l'adaptation et l'application.

##### ■ Démarche Intellectuelle no 1

La première démarche intellectuelle, la plus importante, est celle de l'**Adaptation Analyse**. C'est-à-dire que pour réaliser son activité professionnelle, il/elle connaît les éléments à sa disposition et il/elle sait à peu de choses près quel est le résultat attendu, mais il/elle dispose de plusieurs stratégies de mise en œuvre pour atteindre ce résultat.

Ce mode de pensée demande la capacité à analyser des paramètres hétérogènes afin de trouver la solution optimum ou le sens d'une situation. L'infirmier/ère est centré/e sur la compréhension des données obtenues par l'observation et par entretien avec le patient. Il/elle doit en rechercher le sens et la signification. Il/elle travaille en amont de la décision, il/elle part d'informations qu'il/elle trie, analyse, compare, met en relation, cherche à donner sens à des éléments apparemment disparates.

##### ■ Démarche Intellectuelle no 2

La deuxième démarche intellectuelle sur laquelle il/elle s'appuie est l'**Application Régulation**. C'est-à-dire que pour réaliser son activité, il/elle connaît l'ensemble des éléments à sa disposition pour la réaliser, et il/elle sait quel est le résultat attendu. La stratégie à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat est unique et clairement identifiée.

Le processus mental est orienté vers la coordination de divers éléments dans un système. L'infirmier/ère est en prise directe avec l'action, il/elle prend en compte plusieurs données conjointes qu'il s'agit de "faire marcher ensemble", d'équilibrer en utilisant une ou des procédures. Il s'agit de la capacité à coordonner divers éléments afin de maintenir, trouver ou retrouver un état d'équilibre connu ou souhaité. Pour cela, elle se réfère à un modèle précis qui décrit un état idéal.

##### ■ Les savoirs de référence

La réalisation des activités décrites par les équipes pour ce métier nécessite de s'appuyer sur de nombreuses connaissances. Mais il est à relever que les quatre savoirs les plus récurrents et importants dans l'exercice de son activité sont les suivants:

1. **Les soins infirmiers** (protocoles de, actes médico-délégués, pharmacologie) au niveau maîtrise (=savoir appliquer et expliquer les connaissances du domaine).
2. **La technique de communication et relationnelle avec le patient au niveau pratique** (= capacité à appliquer les connaissances du domaine).

<sup>14</sup> Pour les consulter, il faut ouvrir le navigateur Internet Explorer, aller sur l'adresse: <https://www.symresource.com>; First login: job + Pass Word: nurse

3. **La physiopathologie** au niveau maîtrise (=savoir appliquer et expliquer les connaissances du domaine).
4. **Les fonctions et les compétences des collaborateurs du CMS** au niveau pratique (= capacité à appliquer les connaissances du domaine).

#### ■ La complexité

**Le Temps:** l'horizon de fonctionnement du métier d'infirmier/ère à domicile se situe à court terme, il est de **1 à 4 semaines**. Cela concerne la perspective temporelle dans laquelle l'infirmier/ère se situe lorsqu'il/elle agit. Au moment où il/elle agit, se représente-t-il/elle la solution à court ou moyen terme ? Doit-il/elle intégrer une dimension prospective dans son processus de résolution ? Lui est-il nécessaire d'anticiper pour agir et trouver les solutions ? Doit-il/elle inscrire son action dans la durée ?

**L'Espace:** la relation à l'espace fait référence à la notion d'un «espace-problème», au nombre et la diversité des éléments à prendre en compte lors de l'action, à la variété des origines des données à traiter. Au moment où l'infirmier/ère à domicile agit, il/elle intègre principalement des données venant de **son environnement proche, c'est-à-dire le CMS et liées au patient**.

#### ■ L'interaction relationnelle

La réalisation du métier nécessite d'être **très fréquemment en contact avec les autres**, les activités se font en quasi permanence, «sans arrêt» au travers d'interactions avec une ou plusieurs équipes, et avec les clients.

Il s'agit principalement d'un travail nécessitant **des échanges de données**, d'informations, de matériel. Il implique l'intégration régulière d'informations provenant d'autrui. Ces éléments sont nécessaires à l'organisation et à l'avancée du travail mais elles ne modifient ni la démarche intellectuelle, ni le déroulement de l'action.

Ses interlocuteurs principaux sont majoritairement ses clients et sont au sein de l'entreprise, c'est-à-dire du CMS.

### 3.2 Profil de l'infirmier/ère dans un contexte de soins moyennement spécialisé

L'infirmier/ère exerçant dans un contexte moyennement spécialisé travaille dans des unités comme par ex. un service de médecine, un EMS, la gériatrie, les soins continus, la chirurgie. C'est un contexte qui est en interaction avec beaucoup d'autres services, tant internes qu'externes. Pour mener à bien ses activités, il/elle s'appuie principalement sur deux démarches intellectuelles (approche cognitive) appartenant à la même famille: l'adaptation. Le propre de la démarche intellectuelle d'adaptation est de connaître les éléments à disposition, et savoir à peu de choses près le résultat attendu, mais il y a plusieurs stratégies de mise en œuvre pour atteindre le résultat et chaque raisonnement est unique, principalement tiré par le contexte.

#### ■ Démarche Intellectuelle no 1

La première démarche intellectuelle, la plus importante, est celle de l'**Adaptation Analyse**. Ce mode de pensée demande la capacité à analyser des paramètres hétérogènes afin de trouver la solution optimum ou le sens d'une situation. L'infirmier/ère est centrée sur la compréhension des données obtenues par l'observation et par entretien avec le patient. Il/elle doit en rechercher le sens et la signification. Il/elle travaille en amont de la décision, il/elle part d'informations qu'il/elle trie, analyse, compare, met en relation, cherche à donner sens à des éléments apparemment disparates. C'est la démarche intellectuelle que l'infirmier/ère exerçant dans un contexte faiblement spécialisé.

## ■ Démarche Intellectuelle no 2

La deuxième démarche intellectuelle sur laquelle il/elle s'appuie est l'**Adaptation Régulation**. C'est-à-dire qu'il s'agit de faire évoluer un système complexe dans lequel il y a interférence entre différentes priorités. L'infirmier/ère prend en compte et intègre plusieurs systèmes conjoints pour les faire évoluer ensemble et améliorer le fonctionnement global en adaptant les solutions au fur et à mesure du déroulement des événements. Il/elle doit ajuster un modèle à un contexte pour parvenir à la meilleure solution. Il faut avoir la capacité à ajuster en permanence des solutions qui intègrent des paramètres en constante évolution.

Ces deux démarches intellectuelles nécessitent une solide base professionnelle et une grande capacité à mener un raisonnement différencié d'une situation à une autre. Elles sont complexes.

## ■ Les savoirs de référence

La réalisation des activités décrites par les équipes pour ce métier nécessite de s'appuyer sur de nombreuses connaissances. Mais il est à relever que les quatre savoirs les plus récurrents et importants dans l'exercice de son activité sont les suivants:

1. **Les soins infirmiers** (protocoles de, actes médico-délégués, pharmacologie) au niveau maîtrise (=savoir appliquer et expliquer les connaissances du domaine).
2. **La technique relationnelle** au niveau maîtrise (=savoir appliquer et expliquer les connaissances du domaine).
3. **La physiopathologie** au niveau maîtrise (=savoir appliquer et expliquer les connaissances du domaine).
4. **La technique de communication et relationnelle avec le patient** au niveau maîtrise (=savoir appliquer et expliquer les connaissances du domaine).

Dans ce contexte, le niveau «maîtrise» est exigé partout. Il demande une compréhension fine, théorique et maîtrisée du champ de savoir. Il caractérise la capacité à utiliser ces références théoriques dans le cadre de son métier.

## ■ La complexité

**Temps:** l'horizon de fonctionnement du métier d'infirmier/ère dans un contexte moyennement spécialisé se situe aussi à court terme, il est de **1 à 4 semaines**. Cela concerne la perspective temporelle dans laquelle l'infirmier/ère se situe lorsqu'il/elle agit. Au moment où il/elle agit, se représente-t-il/elle la solution à court ou moyen terme ? Doit-il/elle intégrer une dimension prospective dans son processus de résolution ? Lui est-il nécessaire d'anticiper pour agir et trouver les solutions ? Doit-il/elle inscrire son action dans la durée ?

**Espace:** la relation à l'espace fait référence à la notion d'un « espace-problème », au nombre et la diversité des éléments à prendre en compte lors de l'action, à la variété des origines des données à traiter. Au moment où l'infirmier/ère agit, il/elle intègre principalement des données venant du **réseau et liées au patient**.

Dans ce contexte, le travail doit tenir compte de données très hétérogènes provenant du réseau. Donc plus d'interactions, de priorités et de logiques différentes, etc.

## ■ L'interaction relationnelle

La réalisation du métier nécessite d'être **très fréquemment en contact avec les autres**, les activités se font en quasi permanence, «sans arrêt» au travers d'interactions avec une ou plusieurs équipes, et avec les clients.

L'interaction est de type **Avec**. Il s'agit d'un travail d'équipe, en synergie, impliquant une collaboration étroite dans le déroulement des activités. Il est nécessaire d'intégrer d'autres logiques de pensée, d'autres façons de faire pour résoudre les problèmes posés.

Ses interlocuteurs principaux sont majoritairement ses clients/personnes soignées et sont au sein de l'hôpital.

Ici aussi, pour ce contexte, le niveau d'exigence est élevé dans l'interaction relationnelle. Le raisonnement est toujours unique et doit intégrer plusieurs logiques de pensée (personne soignée, entourage, professionnels d'autres disciplines, médecins, etc..).

### 3.3 Profil de l'infirmier/ère dans un contexte de soins hautement spécialisé

L'infirmier/ère exerçant dans un contexte hautement spécialisé travaille dans des unités comme par ex. un service de soins intensifs, les soins continus de chirurgie cardio-vasculaire, la psychiatrie, le CTR, l'ORL.

Les compétences nécessaires à la réalisation du métier d'infirmier/ère dans un contexte hautement spécialisé sont quasiment identiques à celles du contexte moyennement spécialisé. Sauf au niveau de la dimension Complexité, **l'espace se situe au niveau de l'Unité de travail**. Il y a une «immédiateté» du travail différente. Donc il est plus restreint que pour le contexte moyennement spécialisé qui se situe au niveau réseau.

### 3.4 Analyse comparative des profils

#### 3.4.1 Comparaison entre les profils d'infirmier/ère des contextes de soins moyennement et hautement spécialisés

Les données du chapitre précédent, les profils de compétences, nous donnent la possibilité de les comparer entre eux. Ceci afin de déterminer s'il s'agit de trois profils complètement distincts ou s'il y a des similarités entre eux.

En un premier temps, les profils des contextes de soins moyennement et hautement spécialisés ont été comparés. Ils montrent une très grande similarité entre eux, il y a 96% de proximité entre ces deux profils du point de vue des compétences.

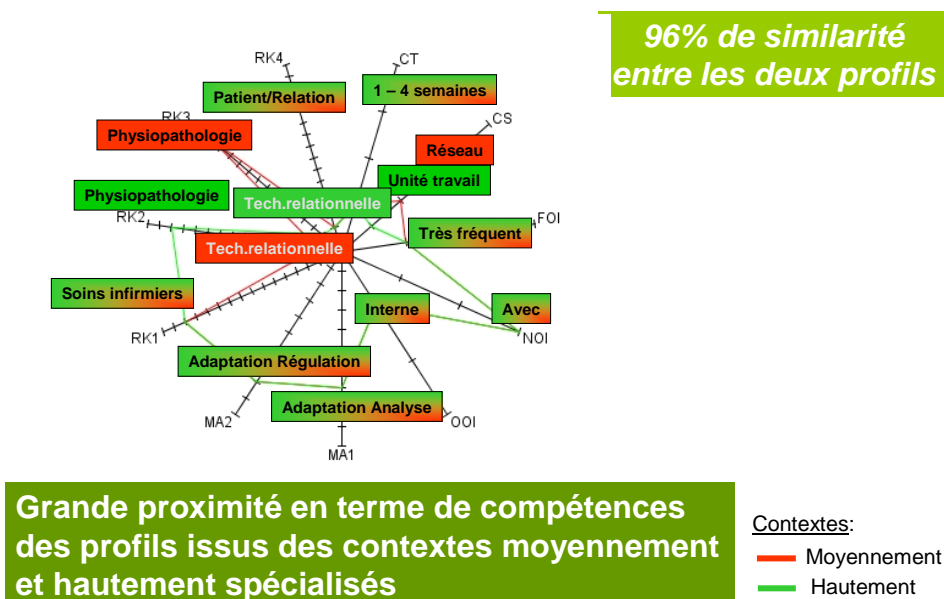


Figure 14 - Proximité du métier d'infirmier/ère défini par type de contexte: moyennement et hautement spécialisé

Dans cette illustration, il est à relever qu'il y a une différence au niveau de la dimension de la complexité entre les deux profils. Les infirmiers/ères travaillant dans un contexte de soins hautement spécialisé vont principalement chercher l'information dont ils ont besoin dans leur unité de travail. Alors que leurs homologues dans un contexte de soins moyennement spécialisé vont chercher de l'information aussi en dehors de leur unité de travail et ce, dans le réseau pour effectuer leurs activités.

De plus, les deux savoirs de référence, à savoir «Physiopathologie» et «Technique relationnelle» sont inversés dans l'ordre d'importance.

Ces différences sont mineures, et l'on peut considérer que ces profils sont extrêmement similaires.

### **3.4.2 Comparaison entre les profils d'infirmier/ère des contextes de soins faiblement et hautement spécialisés**

Ces deux profils par contre sont plus différents. Notamment au niveau des démarches intellectuelles, la première est la même, il s'agit de l'Adaptation Analyse. Cette démarche intellectuelle est centrale dans le métier d'infirmier/ère. C'est la même pour les trois profils et elle caractérise vraiment le métier<sup>15</sup>. Par contre la deuxième démarche intellectuelle est très différente dans le contexte faiblement spécialisé, il s'agit de l'Application Régulation. Cette démarche intellectuelle s'appuie principalement sur un processus de travail clairement identifié, les éléments à disposition et le résultat attendu sont connus. La stratégie à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat est unique et clairement identifiée.

L'infirmier/ère à domicile a besoin de se référer à de l'information provenant de l'entreprise, et elle n'est pas uniquement centrée sur l'unité de travail, pour mener à bien ses activités.

De plus, pour le profil infirmier/ère travaillant à domicile, la connaissance de la relation avec le patient est très importante, elle arrive en deuxième position après les soins infirmiers.

Par contre, la nature de la relation avec les autres est aussi différente dans ce contexte. Pour réaliser son travail, la plupart des relations nécessitent des échanges d'informations. Il implique l'intégration régulière d'informations provenant d'autrui et ces éléments sont nécessaires à l'organisation et à l'avancée du travail.

Ce sont là les différences principales par rapport aux deux autres profils, il a été calculé une proximité de 66%.

---

<sup>15</sup> Se référer au chapitre 3.1 pour la définition de la démarche intellectuelle Adaptation Analyse ou voir le glossaire Corom en annexe no 6



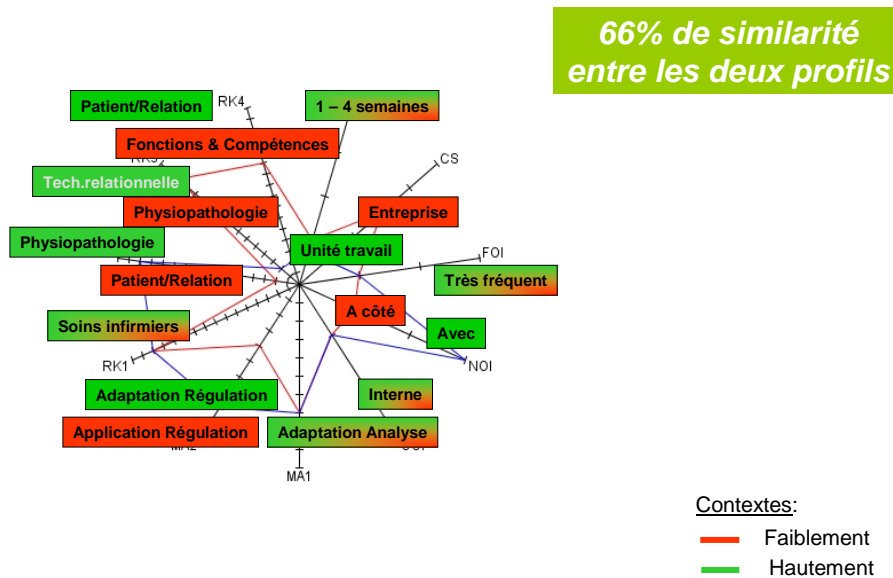
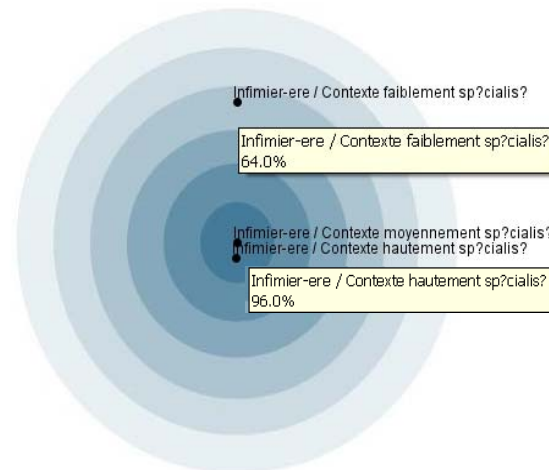


Figure 15 - Proximité du métier d'infirmier/ère défini par type de contexte: faiblement et hautement spécialisé

### 3.4.3 Aire de mobilité générale et conclusion

Pour synthétiser les deux aires de mobilité précédentes, la vue présentée ci-dessous donne une vue d'ensemble.



**Grande proximité en terme de compétences des profils issus des contextes moyennement et hautement spécialisés mais moins de similarité avec le profil du contexte faiblement spécialisé.**

Figure 16 - Aire de mobilité à partir du profil de métier du contexte moyennement spécialisé

Le contexte de travail étant déterminant pour le développement des compétences, tant la similarité que la différence entre ces profils est facilement compréhensible.

La description des compétences, structurée par type de contexte de soins et par catégorie d'activité, donne une vue exhaustive et précise des compétences nécessaires à l'exercice du métier d'infirmier/ère d'aujourd'hui et de demain, et de ce qui est attendu par les professionnels des soins (Team et Core Team).

## 4 Synthèse et conclusions

### 4.1 Les besoins

Que ce soit sous forme de deux ou de trois profils de compétences, les **exigences attendues** par les professionnels des soins par rapport au métier d'infirmier/ère **sont élevées**. Elles prennent en compte les réalités actuelles (qualité, importance, complexité,...) mais aussi les besoins futurs déterminés sur la base des tendances d'aujourd'hui et de l'évolution pressentie.

De plus, le déroulement du projet a montré qu'au niveau des compétences, il n'y a pas de différence entre la Suisse allemande et la Suisse romande, le travail auprès des patients est le même, par conséquent les besoins sont les mêmes. D'ailleurs, le Core Team s'accorde à dire (séance du 11.02.09, Berne), au sujet des trois profils liés au contexte de soins, qu'ils regroupent les besoins actuels et futurs par rapport au métier d'infirmier/ère. **Ces trois profils sont validés par les directeurs/trices des soins.**

En complément à ces considérations qualitatives, il est important de prendre en compte également d'autres paramètres, notamment plus quantitatifs. Par exemple, comme ceux liés au marché de l'offre et de la demande du personnel soignant, de la capacité de rétention et d'attraction du personnel dans le domaine de la santé actuellement en situation de pénurie durable de personnel, du coût du personnel, de la durée d'hospitalisation et la complexité croissante des cas ayant un impact sur les qualifications nécessaires, de la mobilité professionnelle.

Le marché des postulants est un élément dont il faut tenir compte tout particulièrement et qu'il faut mettre en relation avec le niveau de qualification exigé. Si le profil de compétences est trop exigeant et trop complexe, l'accès à la profession d'infirmier/ière pour les personnes motivées disposant d'un diplôme de degré II est bloqué et/ou il existe un grand risque de décourager les postulants. Nous devons disposer de différentes voies de formation afin de pouvoir recruter suffisamment de personnel dans la profession des soins et de couvrir, même de manière incomplète, les besoins du marché du travail. Le défi est alors de développer des profils de compétences qui se basent sur différents niveaux de formation et des profils de compétence qui sont en conformité avec les exigences du marché de travail et qui créent les conditions afin de pouvoir recruter suffisamment d'infirmiers/ières.

Il n'est aujourd'hui pas contesté que les deux formations (HES et ES) offrent un accès adéquat aux métiers des soins.

Le défi de la qualité des soins (compétences) et la dimension quantitative des effectifs devraient aussi être envisagés sous l'angle de la mobilité professionnelle et par là même de l'éventail des métiers répondant aux besoins des patients. L'étude, lors de l'identification des activités, a tenu compte des métiers autres qu'infirmier/ère, et tout particulièrement du nouveau métier d'assistants/tes en soins et en santé communautaire (ASSC).

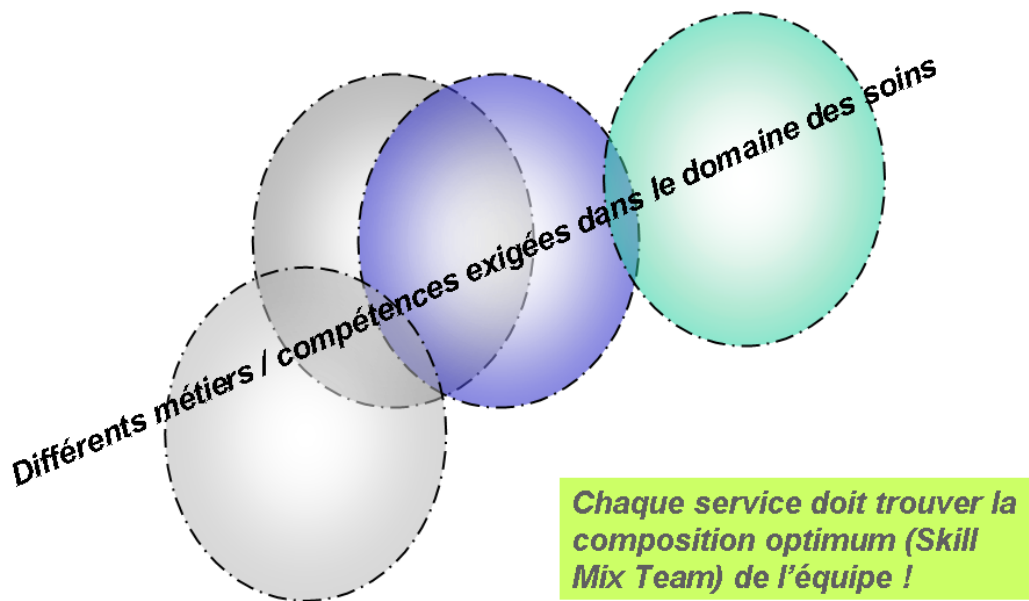


Figure 17 – Mobilité professionnelle dans le domaine des soins et interactions entre les métiers

La mobilité professionnelle contribue à l'attractivité et à la rétention du personnel, car elle rend possible des parcours professionnels intéressants et adaptés aux différentes étapes de la vie.

**La question critique est** de déterminer la composition de l'équipe de travail pour répondre aux besoins en soins (actuels et futurs). Comme relaté dans le chapitre précédent, la réponse donnée par une partie du Core Team à cette question n'est pas unanime. D'une part, en fragmentant le profil de compétences, la mobilité professionnelle est facilitée et encouragée; d'autre part, les professionnels craignent de rendre plus compliquée l'organisation d'un service. La réponse dépendra de l'organisation mise en place, de la répartition des tâches mais aussi de facteurs plus « soft » comme la « philosophie » de l'employeur.

Les responsables politiques de la Confédération et des cantons **doivent prendre en compte – en concertation étroite avec le terrain et les institutions de formation - les aspects qualitatifs aussi bien que quantitatifs** afin de répondre à l'énorme pénurie en personnel<sup>16</sup> annoncée pour les années à venir. Le rôle des écoles et des organisations du monde de travail est déterminant pour la capacité du domaine des soins à prendre en charge les futurs besoins en soins de la population.

## 4.2 Le lien entre les besoins et la formation

Les membres du Core Team se sont montrés satisfaits d'avoir pu exprimer leurs besoins au niveau des qualifications de l'infirmier/ère et ils souhaitent donner une suite à cette réflexion; ceci notamment grâce à une plus grande collaboration avec les écoles (de tous les niveaux). Ils souhaitent développer une plus grande dynamique du « pull » entre le monde du travail et celui de la formation car il faut que ce dernier puisse constamment s'appuyer sur les besoins des patients et sur l'évolution des pratiques de soins.

<sup>16</sup> Etude Obsan, Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020, document de travail 35

Les résultats de cette étude constituent une première base pour construire cette relation dynamique.

### 4.3 La formation

Actuellement et par rapport à la formation, il y a le choix entre deux variantes:

1. Système actuel: chaque école décide selon son libre arbitre le contenu de ses curricula.
2. Système «Demand Lead»: positionnement des écoles par rapport à une référence commune avec un leadership d'une entité qui décide où se trouve le standard.

Dans la variante no 2, il est nécessaire d'avoir un consensus au niveau national autour d'une référence validée. Une sorte de standard hospitalier, qui regroupe les aspects tant qualitatifs que quantitatifs nécessaires pour donner une orientation.

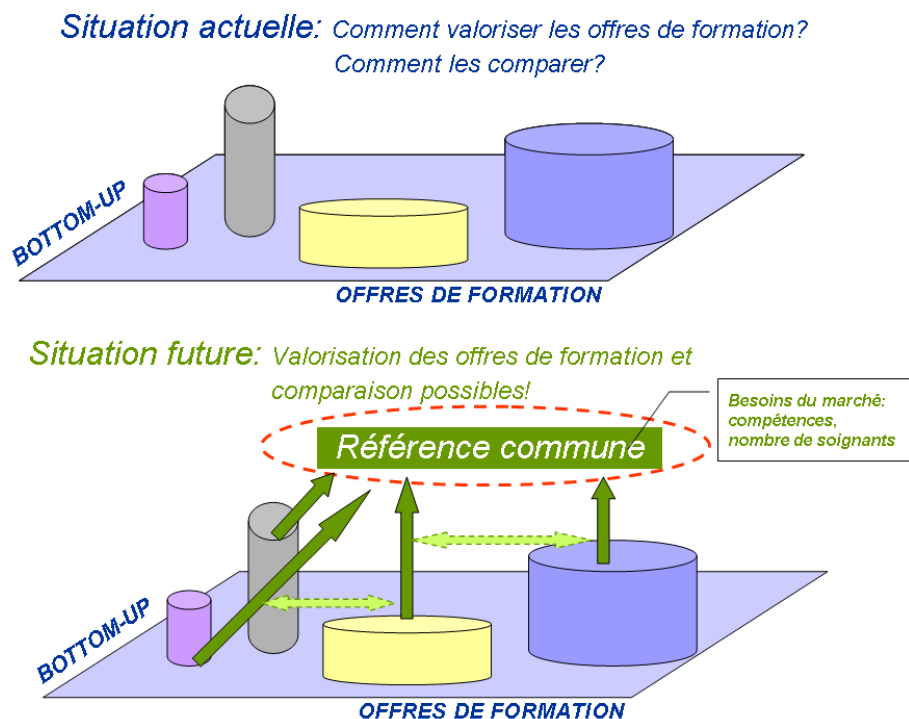


Figure 18 - Deux variantes pour la formation

Les organismes de formation ont été sensibles aux attentes formalisées par les professionnels de la santé dans le cadre de cette étude. Il y a une ouverture de leur part à travailler sur une référence partagée et utile au développement de leurs curricula. Le système «Demand Lead» est une alternative envisageable et envisagée. Plusieurs séances ont déjà eu lieu ces derniers mois avec différents représentants et il est prévu de poursuivre ce processus.

## ANNEXES

### Annexe 1 – Glossaire

#### **Qu'est-ce qu'une activité ?**

C'est un regroupement d'actions qui ont entre elles une cohérence logique. L'activité est une réponse à la question: que **fait** concrètement le salarié dans cet emploi ? Les activités peuvent être regroupées en fonctions.

#### **Qu'est-ce que l'approche cognitive ?**

En ce qui concerne la description des compétences, l'approche cognitive consiste à décrire les démarches intellectuelles associées aux activités des salariés. On ne décrit donc pas des aptitudes ou des capacités mais plutôt des enchaînements et des raisonnements intellectuels qui accompagnent toute activité: aussi bien une activité manuelle que relationnelle ou purement intellectuelle.

L'avantage de cette approche est par exemple de faciliter la comparaison entre des emplois. Ou encore de mettre en lumière des évolutions de compétences indépendamment des activités.

#### **Qu'est-ce que la compétence ?**

C'est la capacité à résoudre un problème dans un contexte donné. La compétence passe donc par des stratégies de résolution de problèmes qui sont en grande partie «automatisées». En parallèle aux démarches intellectuelles et aux savoirs, la compétence met aussi en œuvre des aspects comportementaux et psychologiques. Mais ces aspects sont difficiles à décrire avec objectivité. C'est pourquoi l'approche cognitive sera privilégiée pour appréhender les compétences.

#### **Qu'est-ce que la gestion de l'emploi et des ressources humaines ?**

C'est un processus visant à maintenir et à anticiper une adéquation quantitative et qualitative optimale entre les compétences requises par les emplois et les compétences détenues par les Ressources Humaines.

#### **Qu'est-ce qu'un métier ?**

C'est un ensemble d'emplois et de postes liés entre eux par une même technicité, une même finalité économique ou de production. Pour une entreprise, le métier influence aussi bien les choix techniques et stratégiques que la culture interne. Le métier est au cœur de l'identité professionnelle des individus.

#### **Qu'est-ce qu'un poste ?**

C'est un ensemble de tâches regroupées dans l'espace et le temps. Le poste correspond à une unité de base dans l'organisation du travail. Il se base sur une analyse rationnelle et technique de l'organisation du travail et non sur l'activité du salarié. Un poste peut être tenu par plusieurs salariés et un salarié peut travailler sur plusieurs postes.

## Annexe 2 – Synthèse de la planification du projet

Structure des activités, des tâches et des ressources du 27.10.08 au 31.03.09 voire au 31.04.09												
Activités		Tâches				Partenaires (en Homme /Jour)						
No de WP	Titre des WP	No	Descriptif	Méthodes et outils	Ressources	Merino (Harmony)	Meyer (Harmony)	Meier (Harmony)	Core Team (sans Mme Montagne + sans Harmony)	ICUS	Infirmières	Mme Montagne (OdASanté)
WP1	Steering Committee	WP1.1	Séance 1 (1/2 journée)			1	1	0.5				0.5
		WP1.2	Séance 2 (1/2 journée)			1	1	0.5				0.5
WP2	Core Team & Project Management	WP 2-1	Gestion de projet			12	4					2
		WP2-2	Séance kick-off avec planning détaillé (1jour de WS)		Core Team	2	2		9			1
WP3	Identification des activités	WP3.1	9 workshops dans les 9 institutions pilotes à max. 2 jours	Animation avec support (cadre d'analyse, outil excel); Répertoire de la liste des activités	Institutions: ICUS & 2 infirmières Coaching: EM ou RM	8	8			9	32	
		WP3.2	Mise à jour du répertoire des activités (F, D) d'un workshop à l'autre	Back office	Coaching: EM et RM	2	2					
WP4	Consolidation et création de la liste des activités clés	WP4.1	Agrégation des activités et génération de la liste des activités clés (2j. de WS)	Animation base COROM et outil excel	Core Team	2	2		18			
		WP4.2	Validation de la liste des activités clés et réajustement, (1 Workshop inter-institutions 1 journée)	Animation avec support (liste des activités clés)	Coaching avec Institutions (ICUS ou infirmière)	1	1			9	16	
		WP4.3	Analyse et intégration des résultats d'autres études parallèles	Back office	Coaching: EM et RM	1	1	0.5				
WP5	Création des profils de compétences par "position"	WP5.1	Hierarchisation des activités clés par "position" et développement des profils de compétences 6 segments ("Positions"), c.à d. 3 workshops de 1 journée. A faire en double F+D, donc 2 segments par jour.	Animation base SymRessources, COROM et outil excel; Liste activités clés	Inter-institutions avec spécialistes "Position"; Coaching: EM et RM	6	6			18	32	
		WP5.2	Analyse et intégration des résultats d'autres études parallèles	Back office	Coaching: EM et RM	1	1	1				
WP6	Analyse et consolidation des compétences	WP6.1	Travail d'analyse et de comparaison, aires de mobilité.....	SymRessources, COROM	Coaching: EM et RM	3	1					
		WP6.2	Regroupement des compétences pour créer un portefeuille de profils de compétences des soins infirmiers (1 Workshop d'une journée)	SymRessources, COROM	Core Team	1	1		9			1
		WP6.3	Analyse et intégration des résultats d'autres études parallèles	Back office	Coaching: EM et RM	1	1	1				
WP7	Architecture de formation	WP7.1	Analyse et intégration des résultats d'autres études parallèles	Back office	Coaching: EM et RM	1	1	1				
		WP7.2	Développement d'une architecture de formation	JTC - Profils de compétences (Résultats)	Coaching: EM, RM, CM	2	2	2				
		WP7.3	Discussion de l'architecture formation et réajustement (1 Workshop d'une 1/2 journée)		Core Team + organismes de formation	1	1		4.5			0.5
WP8	Présentation et transfert des résultats à l'OFFT	WP8.1	Formalisation des résultats, rédaction du rapport		Coaching: EM, RM, CM	5	3	1				
		WP8.2	Présentation des résultats à l'OFFT et aux partenaires clés 1 Workshop d'une 1/2 journée		Core Team	1	1		4.5			0.5
<b>TOTAL en jours/hommes</b>						<b>52</b>	<b>40</b>	<b>7.5</b>	<b>45</b>	<b>36</b>	<b>80</b>	<b>6</b>

Coût par pilote (au maximum) 19 jours: 5 jours pour le Core Team, 10 jours pour les infirmières et 4 jours d'ICUS

## Annexe 3 – Liste de tous les partenaires du projet

	Institutions pilotes	Adresse	Personne de contact	Fonction	Téléphone	Adresse e-mail
1	Hôpital Riviera	Bd Paderewski 3 1800 Vevey	Pierre Horner	Directeur des soins	021 923 48 71	<a href="mailto:pierre.horner@hopital-riviera.ch">pierre.horner@hopital-riviera.ch</a>
2	CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Direction)	BU21-06.211 Rue du Bugnon 21 CH-1005 Lausanne	Hélène Brioschi Levi	Directrice des soins	021 314 18 20	<a href="mailto:Helene.Brioschi@chuv.ch">Helene.Brioschi@chuv.ch</a>
3	RSV / GNW - Le Réseau Santé Valais (Direction générale)	Route de Morgins 10 1870 Monthey	Sophie Ley	Responsable et coordinatrice de la formation en soins	024 473 33 22	<a href="mailto:sophie.lev@rsv-gnw.ch">sophie.lev@rsv-gnw.ch</a>
4	Universitätsspital Basel	Hebelstrasse 32 4031 Bâle	Silvia Rosery	Directrice des soins	061 265 34 81	<a href="mailto:roserys@uhbs.ch">roserys@uhbs.ch</a>
5	Universitätsspital Zurich (USZ)	Rämistrasse 100 8091 Zurich	Susanna Ackermann	Directrice des soins	044 255 52 20	<a href="mailto:Barbara.Bruehwiler@usz.ch">Barbara.Bruehwiler@usz.ch</a>
6	Stadtpital Waid	Tièchestrasse 99 8037 Zürich	Lukas Furler Iris Scheffler	Directeur des soins Resp. Service de médecine	044 366 20 96 079 414 36 10	<a href="mailto:lukas.furler@waid.zuerich.ch">lukas.furler@waid.zuerich.ch</a> <a href="mailto:iris.scheffler@waid.zuerich.ch">iris.scheffler@waid.zuerich.ch</a>
7	CMS Sierre	Hôtel de ville 3960 Sierre	Danielle Urben	Coordinatrice des services d'aide et de soins à domicile	027 452 07 36	<a href="mailto:danielle.urben@sierre.ch">danielle.urben@sierre.ch</a>
8	Domicil / BE	Engenhaldenstr. 20 3012 Bern	Madeleine Ducommun- Capponi	Coordinatrice	032 307 20 20	<a href="mailto:madeleine.ducommun@domicilbern.ch">madeleine.ducommun@domicilbern.ch</a>
9	Fondation Belle Saison	1196 Gland	Christian Crottaz	Directeur RH et Soins	079 213 90 14	<a href="mailto:crottaz@ems-bellevue.ch">crottaz@ems-bellevue.ch</a>

## Annexe 4 – Liste de tous les workshops avec les thèmes

Nr	Date	Institution	Service	Participants	Catégorie de patients	Motifs de traitement (exemples)	Contexte	Nombre d'activités-clés
1	27.10.2008	Hôpital Riviera Vevey, Les Samaritains	Soins intensifs	Sophie Wallef, Sandrine Gabens Marie Caroline Lugin	Le patient à haut risque, malade aigu	Chirurgie choc hémorragique, décompensation respiratoire.	Stable & Instable, hautement spécialisé	12
2	27.10.2008	Hôpital Riviera Vevey, Montreux	Chirurgie privée	André Michel, Francine Schneider, Carole Reimann.	Le patient plus orienté vers les soins	Fracture col du fémur + douleurs abdominales + TTC	Stable moyennement spécialisé	9
3	03.11.2008	Hôpital Riviera Vevey, Providence	CTR 3	Eliane Chauvin, Aude Lavanchy, Corinne Mayer	Le patient à déroulement normal	Prothèse de genou, de hanche (sans complications)	Stable, hautement spécialisé	9
4	03.11.2008	Hôpital Riviera Vevey, Providence	CTR 3	Eliane Chauvin, Aude Lavanchy, Corinne Mayer	La personne âgée, malade chronique	Patient CTR avec polyopathie	Stable, hautement spécialisé	9
5	10.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Unité de traitement oncologique UTOH	Maxime Côté, Linda Farad, Chantal Inversini	Le patient en trajectoire et interfaces multidisciplinaires	Le patient en oncologie	Stable, hautement spécialisé	10
6	10.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne Site de Cery	Psychiatrie adulte (Section Jaspers)	Jacques Herrgott, Bruno Robalo, Gaele Monnier	Le patient en trajectoire et interfaces multidisciplinaires	Le patient en psychiatrie	Instable, hautement spécialisé	9
7	10.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Médecine interne	Roland Foster, Laurent Messina, Nicolas Jayet	Le patient à déroulement normal	Décompensation aiguë d'une maladie chronique	Instable, moyennement spécialisé	10
8	10.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Service des Soins Continus de chirurgie cardio-vasculaire	José da Silva, Alexandra Margairaz, Cynthia Stoudmann	Le patient à haut risque	Pontage aorto-coronarien	Instable, hautement spécialisé	9
9	12.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Centre de santé infirmier pour requérants d'asile (PMU)	Françoise Ninane, Béatrice Huber, Jacques Goin	Le patient ayant besoin de conseil	Requérant d'asile, plusieurs handicaps	Stable, moyennement spécialisé	7
10	12.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	Service des soins intensifs	Philippe Maravic, Ickan Aebischer, Anne Bühler	Le patient à haut risque, malade aigu	Arrêt cardio-respiratoire	Instable, hautement spécialisé	9
11	12.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	CUTR - Sylvana	Viviane Szostak, Monique Gudrna, Jeanne Bakajika	Le patient plus orienté vers les soins	Fracture col du fémur, douleurs abdom, TTC	Stable, hautement spécialisé	10
12	12.11.2008	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne	ORLH	Françoise Vassort, A-Cathrine Delafontaine, Evelyne Bourquin	Le patient spécialisé	Patient ORL	Instable, hautement spécialisé	10
13	17.11.2008	Réseau Santé Valais, Clinique St-Amé	Service de gériatrie	Mireille Benavides, Léa Rovaletti, Carole Delavy, Anne-Françoise Merz	La personne âgée, malade chronique	Décompensation cardiaque, respiratoire, BPCO (broncho pneumonie chronique obstructive)	Stable, moyennement spécialisé	9
14	17.11.2008	Réseau Santé Valais, Sion	Service de médecine et oncologie	Florence Giroud Anaïs Hermelin	Patient plus orientée vers les soins	Médecine Oncologie	Instable, moyennement spécialisé	9
15	18.11.2008	Gesundheitsnetz Wallis, Brig	Chirurgie, Wochen-Klinik	Renata Werlen, Nicole Salzgeber, Felicitas Führer	"Normal verlaufende" Patientensituation	Urologiepatient	Stabil, mittelmässig spezialisiert	6
16	21.11.2008	Réseau Santé Valais, Malévoz	UHR, psychiatrie	Christian Fontannaz, Evelyne Grolleau, Antoinette Lachavanne	Patients à trajectoire et interfaces multidisciplinaires	Situation de post-crise	Stable, hautement spécialisé	9
17	25.11.2008	Universitätsspital Basel	Akut-Geriatrie	Hr. Tschamper, Fr. Ulrich, Fr. Mattler	Chronisch kranker betagter Mensch mit akuter Diagnose	Herzinsuffizienz	Unstabil, hochspezialisiert	20



Nr	Date	Institution	Service	Participants	Catégorie de patients	Motifs de traitement (exemples)	Contexte	Nombre d'activités-clés
18	25.11.2008	Universitätsspital Basel	OIB	Hr. Stehlin, Fr. Thompson, Fr. Kessler, Hr. Hübsch	Der akut erkrankte Hochrisikopatient	Herz- und Atemstillstand	Unstabil, hochspezialisiert	12
19	25.11.2008	Universitätsspital Basel	Hals-, Nasen, Ohrenklinik	Hr. Hink, Fr. Jensen, Fr. Josephs	Patienten mit multidisziplinären Verläufen und Schnittstellen	Onkologiepatient	Unstabil, mittelmässig spezialisiert	13
20	25.11.2008	Universitätsspital Basel	Chirurgie 6	Fr. Wigger, Fr. Hugenschmidt, Fr. Gebauer	"Normal verlaufende" Patientensituation	Rektumkarzinom	Stabil, mittelmässig spezialisiert	7
21	26.11.2008	Universitätsspital Zürich	Chirurgie	Fr. Sobeck, Fr. Helbling Wegener, Fr. Schmid	Hochrisiko Patienten	Lebertransplantation	Unstabil, mittelmässig spezialisiert	15
22	26.11.2008	Universitätsspital Zürich	Neurochirurgie	Karin Kölberer, Claudi Aebi, Cornelia Brunner, Stefan Heuser	Vermehrt pflegeorientierte Patientensituation	Tumorpatient, Hirnblutung	Unstabil, mittelmässig spezialisiert	11
23	26.11.2008	Universitätsspital Zürich	Hauterkrankungen	Sarah Rappo, Markus Musholt, Ebru Sinan	Spezialisierte Patientengruppen	Ekzeme, Allergien, Wundbehandlung	Stabil, hochspezialisiert	13
24	26.11.2008	Universitätsspital Zürich	Pränatal-Abteilung	Fr. Schwarz, Fr. Wyler, Fr. Ragnesi	Patientensituation mit hohem Beratungsbedarf	Schwangerschaftsvergiftung, Frühgeburt	Stabil, mittelmässig spezialisiert	10
25	03.12.2008	Stadtpital Waid, Zürich	EFG3	Roger Häfliger, Katrin Wichmann, Sophie Moser	Der chronisch kranke betagte Mensch	Diabetes	Unstabil, mittelmässig spezialisiert	7
26	03.12.2008	Stadtpital Waid, Zürich	AB1	Elisabeth Mattle, Yesenia Alba Ruiz, Miriam Husistein	"Normal verlaufende" Patientensituation	Gallenblasenoperation	Stabil, mittelmässig spezialisiert	9
27	03.12.2008	Stadtpital Waid, Zürich	D2	Martin Hagemann, Cornelia Abplanalp, Margreta Hofmann	Vermehrt pflegeorientierte Patientensituation	Hirnblutung und Langzeitpflege	Stabil, mittelmässig spezialisiert	8
28	03.12.2008	Stadtpital Waid, Zürich	EFG3	Roger Häfliger, Katrin Wichmann, Sophie Moser	Der Hochrisiko Patient	Status nach Herzinfarkt	Stabil, mittelmässig spezialisiert	8
29	08.12.2008	Domicil Bethlehacker, Bern	Team Langzeitpflege	Patricia Baeriswyl, Natascha Radenovic, Madeleine Ducommun	Der chronisch kranke betagte Mensch	Demenz, Herzinsuffizienz, Diabetes	Stabil, mittelmässig spezialisiert	10
30	09.12.2008	Domicil Bethlehacker, Bern	Team Langzeitpflege	Patricia Baeriswyl, Natascha Radenovic, Madeleine Ducommun	Vermehrt pflegeorientierte Patientensituation	Geriatrischer Patient	Stabil, mittelmässig spezialisiert	
31	15.12.2008	Soins à domicile, Sierre	Equipe CMS de Sierre	Danièle Urben, Isabelle Salamin Plaschy, Adèle Antonelli	La personne âgée, malade chronique	Insuffisance cardiaque chronique, diabétique	Stable, peu spécialisé	12
32	16.12.2008	EMS Belle Saison, Vaud	Equipe EMS Belle Saison	Huguette Steiner, Arlette Perret, Anne-Marie Sylvestre Baron	La personne âgée, malade chronique	Polypathologies	Stable, moyennement spécialisé	10
					Nombre global d'activités-clés			311

## Annexe 5 - La méthode Symphony/Corom: présentation de l'approche cognitive

### SOMMAIRE

<b>Contexte d'apparition</b>	<b>43</b>
<b>Approche cognitive</b>	<b>44</b>
<b>Les quatre critères</b>	<b>45</b>
Les démarches intellectuelles (DI)	45
Les savoirs références (SR)	46
La relation au temps et à l'espace (RTE)	47
L'interaction relationnelle (IR)	47
<b>Observations tirées de la pratique de cette démarche:</b>	<b>48</b>
<b>Conclusion</b>	<b>48</b>
<b>Repérage des compétences en entreprise</b>	<b>49</b>
Le recrutement	49
La mobilité/orientation	49
La formation	49
Organisation du travail	49
<b>Les intérêts de l'approche cognitive</b>	<b>50</b>
<b>Références Symphony / Corom</b>	<b>51</b>

## Contexte d'apparition

La conception de l'organisation influence sa pratique et sa conception de la gestion des ressources humaines (GRH). La grille de Scott permet de bien différencier entre les diverses pratiques de la GRH dans le temps. Elle s'articule autour de quatre axes théoriques fondamentaux et un cinquième pôle émergeant en construction.

<p>1) Pôle RATIONNEL - FERME (1900-1930)</p> <p>Organiser et commander GRH = administration du personnel</p> <p>La répartition du travail se concentre sur la division des tâches et la problématique de la coordination. L'organisation de l'entreprise se fait autour du POSTE (concept taylorien).</p>	<p>3. Pôle RATIONNEL - OUVERT (1960-1970)</p> <p>Adapter et gérer les RH (contexte) GRH = gestion des RH par le biais de la DPO (direction par objectifs) avec la possibilité de négocier les objectifs</p> <p>Prise de conscience que certains emplois ont des caractéristiques communes = apparition de la gestion prévisionnelle d'EMPLOI-TYPE (métiers).</p>
<p>2. Pôle SOCIAL - FERME (1930-1960)</p> <p>Motiver (dimension humaine) GRH = discours humaniste, non-conflictuel (sur la base d'entretiens individuels)</p> <p>Prise de conscience que tout n'est pas maîtrisable dans un poste. La notion d'EMPLOI apparaît.</p>	<p>4. Pôle SOCIAL - OUVERT (1970-)</p> <p>Management participatif: mobilisation et culture d'entreprise GRH = développement social de l'entreprise par l'individu</p> <p>Les compétences deviennent l'objet de gestion de l'entreprise (compétence = savoir-faire = ce qui fait que je peux tenir un emploi = lien avec l'activité). C'est un courant dominant actuellement.</p>
<p>5) Pôle INDIVIDU – COMPETENCES (1990-)</p> <p>Gestion contextualisée des compétences GRH = axé sur la gestion de la mobilité de l'individu</p> <p>La compétence est considérée comme un processus cognitif de résolution de problème.</p>	

Dès la fin des années 1980, l'approche cognitive vient préciser l'approche dominante par le savoir-faire. Cette dernière a l'inconvénient majeur d'être très précise et de créer constamment la confusion entre activité et compétence, elle rend difficile l'exercice de la mobilité et l'analyse de ce qui est transférable. L'approche cognitive est plus performante pour gérer la mobilité des individus (forte demande des entreprises dès 1987, il y a de plus en plus de disparition des métiers, donc il y a un besoin d'analyser les compétences existantes et de les réutiliser dans les nouveaux métiers).

## Approche cognitive

### Définition de la compétence:

«La compétence cognitive est définie ici comme la capacité à résoudre des problèmes dans un contexte donné».

### Définition de la résolution de problème:

«La résolution de problème est définie comme la nécessité de changer une situation A en une situation B».

Il ne s'agit donc pas des activités qui «posent problème» mais de celles qui impliquent d'intervenir, d'agir, de modifier l'environnement.

### Les questions qui se posent:

- qu'est-ce qui fait que j'arrive à faire quelque chose ?
- pourquoi et comment j'arrive à résoudre un problème ? (et pas qu'est-ce que je fais...)

Il y a un déplacement de l'activité vers la résolution de problème. L'activité n'est pas suffisante mais indispensable ( par ex. savoir identifier une panne).

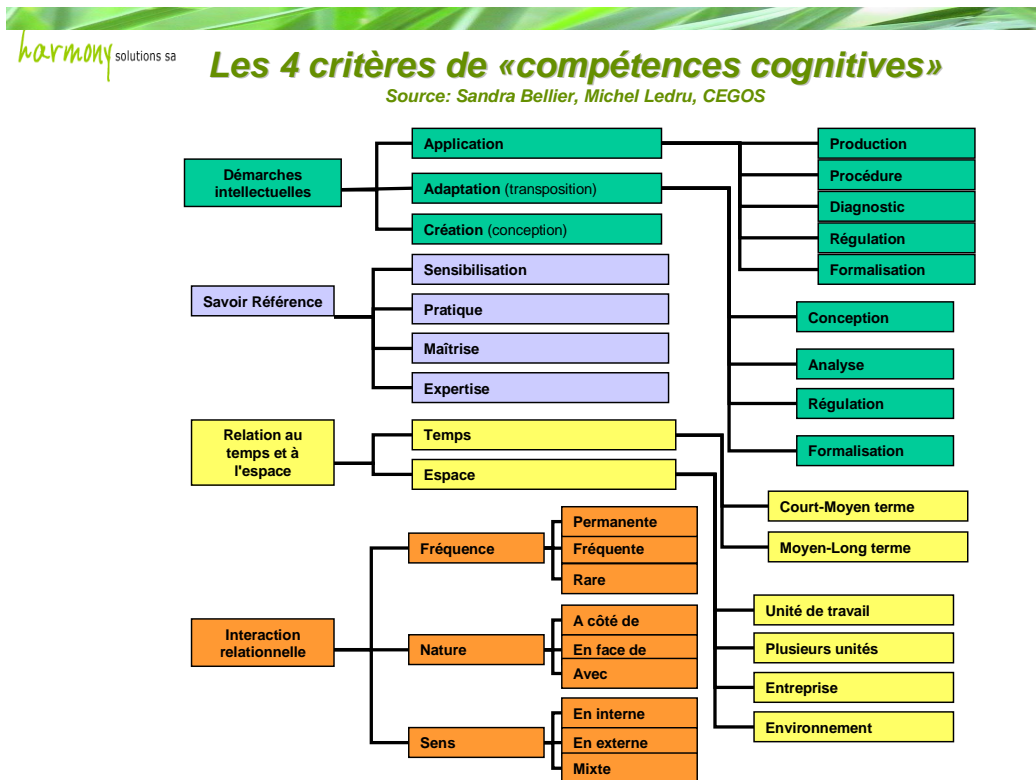
Tout individu possède des dominantes en termes de compétences cognitives. C'est par une analyse préalable des activités dominantes que l'on a déterminé les compétences cognitives dominantes. C'est parce qu'un individu doit régulièrement résoudre des problèmes identiques qu'il développe progressivement les processus mentaux efficaces, les réponses efficaces, celles qui lui permettent de gagner du temps et de réussir plus souvent. C'est donc en réponse à son environnement qui lui soumet des problèmes qu'il devient compétent et qu'il en vient à privilégier certaines démarches plutôt que d'autres.

Tout d'abord, on demande aux gens de décrire les activités et/ou les problèmes qu'ils résolvent. De cette première phase, on peut tirer quelques constats:

- plus les gens sont compétents, moins ils arrivent à expliquer comment ils y arrivent... donc on est compétent lorsqu'on n'arrive plus à expliquer comment on fait.
- hypothèse: la compétence est un processus d'automatisation, c'est une démarche intellectuelle (= comment je vais mobiliser les savoirs, savoir-faire,... dans le bon ordre, au bon moment, etc.).
- cette approche de la compétence cognitive s'appuie sur un postulat : dès qu'il y a action efficace, il y a compétence.
- c'est dans l'expérience qu'on développe une démarche intellectuelle donc une compétence cognitive.
- on distingue quelqu'un de compétent de quelqu'un qui ne l'ai pas par le fait que le premier sache résoudre plus vite, mieux et plus souvent des problèmes quotidiennement posés dans son activité. Il va plus vite «droit au but», il choisit immédiatement les bonnes informations, les bons indicateurs.
- la compétence n'est pas une donnée théorique, elle est liée à une activité et à un contexte.

## Les quatre critères

L'approche cognitive propose quatre critères pour qualifier l'activité mentale au cours de l'action.



## Les démarches intellectuelles (DI)

Les DI sont des enchaînements d'actions mentales qui permettent de résoudre un problème. La DI permet « d'appeler » et d'utiliser au fur et à mesure du déroulement de l'action les compétences nécessaires, qu'il s'agisse de savoirs, de comportements ou d'habiletés. Dès qu'il y a résolution de problème, une DI est présente, y compris quand il s'agit de traiter un problème d'ordre relationnel ou matériel. Les DI sont complètement dépendantes du problème à résoudre, donc complètement liées à l'activité.

En se centrant sur comment les gens gèrent l'information, l'approche cognitive identifie trois types de stratégie de résolution de problème:

### ■ La démarche intellectuelle d'**application**:

- excellente représentation de la solution, par ex. un mécanicien compare une voiture en panne à une qui fonctionne, il se réfère à un modèle en constance, le médecin a la même démarche
- il y a quatre sous-familles de la DI de type application:
  - 1) Application-production
  - 2) Application-procédure
  - 3) Application-diagnostic
  - 4) Application-régulation

- La démarche intellectuelle d'**adaptation** (ou transposition):
  - choix de la meilleure démarche en fonction du contexte, l'effort cognitif se centre sur la choix de la méthode au bon moment, etc.
  - il y a quatre sous-familles de la DI de type adaptation:
    - 1) Adaptation-conception
    - 2) Adaptation-analyse
    - 3) Adaptation-régulation
    - 4) Adaptation-formalisation
  
- La démarche intellectuelle de **création** (ou conception) :
  - on ne traite pas l'information
  - pas de représentation de la solution
  - attente d'une résolution (tout à coup ça prend sens)

Il s'agit d'inventer, d'innover, de créer. On trouve des emplois mobilisant cette DI dans le domaine de la recherche, de la création et de l'innovation.

## Les savoirs références (SR)

Les savoirs références sont la maîtrise d'un champ structuré de connaissances (le droit, la psychologie, l'informatique,...). Les savoirs références sont le regroupement des savoirs indispensables à la réussite dans l'emploi, on traite des « familles de connaissances » plutôt que d'une connaissance particulière. Les SR constituent la bibliothèque de base qui permet de comprendre, d'agir et d'apprendre dans l'emploi. Ce sont des savoirs stables qui fournissent les schémas d'explication à partir desquels les autres notions s'intègrent.

Les SR permettent d'apprendre plus facilement quelque chose d'autre dans un même domaine.

Dans ce critère, il existe une échelle de degré de maîtrise:

- Sensibilisation: avoir notion de..., appréhender globalement = « Je connais, j'ai entendu parler de.. »
- Pratique: bien intégrer pour pratiquer quotidiennement, utiliser un savoir pour agir = « Je pratique, je sais faire »
- Maîtrise: connaître de façon approfondie = « Je comprends, je forme »
- Expertise: doit savoir faire évoluer ce savoir, bien connaître pour innover et enseigner à haut niveau

Application: afin de caractériser un emploi, on repère les trois à quatre savoirs de référence dominants.

## La relation au temps et à l'espace (RTE)

La relation au Temps et à l'Espace (RTE) complète le critère DI. Ce troisième critère permet de préciser le degré de complexité qui intervient au cours de la DI au travers de deux dimensions : la projection nécessaire dans le temps et dans l'espace lors de l'action.

La projection dans le temps concerne la (ou les) perspective(s) temporelle(s) dans laquelle on se situe lors de la démarche de résolution de problème. Par exemple une projection à moyen terme demande à celui qui doit gérer les informations d'imaginer une partie de ces informations car elles n'existent pas encore.

La projection dans l'espace fait référence au nombre d'informations à prendre en compte et à analyser l'espace quasi géographique lors de la démarche de résolution de problème.

### Remarque

La complexité est le seul critère en partie corrélé avec le niveau hiérarchique. En effet, on constate que plus on s'élève dans la hiérarchie, plus le long terme prend de l'importance.

## L'interaction relationnelle (IR)

Ce critère concerne le type et la nature des interactions nécessaires pour les problèmes. L'interaction relationnelle se différencie de la notion de « contacts » car on peut avoir de nombreux contacts sans pour autant avoir besoin d'interactions pour dérouler les processus intellectuels en cours.

Il y a trois types d'indicateurs pour caractériser l'interaction relationnelle:

### a. La **fréquence** des interactions

- Rares: le travail se déroule avec très peu d'interaction relationnelle
- Fréquentes: le travail ne peut se faire sans interaction relationnelle. Cela signifie qu'un certain nombre d'échanges d'informations est inhérent au fait de réussir l'action.

### b. La **nature** des interactions

- Interaction « à côté »: le travail nécessite des interactions relationnelles qui sont des échanges d'informations. Elles sont nécessaires à l'organisation et à l'avancée du travail, mais elles ne modifient pas la démarche intellectuelle.
- Interaction « en face de »: regroupe toutes les relations de vente, de négociation, d'accueil, de face-à-face.
- Interaction « avec »: le travail ne peut se faire sans interaction relationnelle, il s'agit alors d'un véritable travail d'équipe. Cette interaction relationnelle implique la prise en compte d'autres logiques de raisonnement.

### c. Le **sens** des interactions

- Interactions en interne
- Interactions tournées vers l'extérieur

## Observations tirées de la pratique de cette démarche

- un emploi nécessite dans ses principales activités un même type de DI et permet de résoudre 80% des problèmes.
- ce ne sont pas les individus, mais les situations-problèmes qui déterminent les compétences.
- pour l'orientation et la mobilité, on a intérêt à faire des activités qui font appel à la même DI. Les proximités ne sont pas tant dans les mêmes domaines mais dans les façons de résoudre les problèmes.
- il n'y a pas de hiérarchie entre les trois familles de DI, passer d'une DI à l'autre est aussi difficile dans un sens que dans l'autre. Il y a des risques d'échec dans le passage s'il n'y a pas d'avertissement préalable.
- on ne peut pas vraiment demander aux gens de travailler sur plusieurs DI, c'est épuisant et on ne peut pas automatiser, donc on devient moins compétent. Néanmoins certains métiers le demandent (ils sont très fatigants):
  - les métiers en mutation (ce sont des métiers mal conçus, et les gens ne restent pas.)
  - les métiers qui fonctionnent en équipe et où les gens se répartissent les tâches
  - par ex. contrôleur aérien = application + adaptation
  - par ex. les métiers sociaux = application (administration) + adaptation (relationnel
  - très fort)

## Conclusion

Cette approche touche le noyau de la compétence mais elle n'est pas toute la compétence. Elle ne remplace pas les autres. Elle peut se combiner avec d'autres approches, il manque par exemple le savoir-être.

Après dix ans de travail sur les compétences, les spécialistes se sont mis d'accord sur quelques caractéristiques de la compétence:

1. Elle est liée à l'action  
(Elle n'existe pas sans problème à résoudre)
2. Elle est contextualisée donc elle n'est pas transversale
3. Il y a au cœur de la compétence une dimension cognitive
4. Les compétences mobilisent les savoirs, savoir-faire et savoir-être
5. Ce qui fait la compétence c'est l'intégration (ça s'apprend dans l'action)



## Repérage des compétences en entreprise

### Le recrutement

La sélection: les compétences aident à sélectionner sur la base de critères qui permettent de choisir une personne plus qu'une autre.

- a) D'abord, faire une analyse de l'emploi
  - b) Analyser les activités de cet emploi
  - c) En tirer les compétences
  - d) Des compétences, on va tirer les critères de sélection
  - e) On obtient un profil = outil
- Il n'y a pas besoin de savoir toutes les activités en détail
  - Repérer les compétences qui sont au cœur du métier (se centrer sur ce qui est prioritaire). Il y a deux critères très importants:
    - 1) **IMPORTANTANCE**: cela permet de repérer le cœur du métier, les activités importantes, déterminantes,...
    - 2) **FREQUENCE**: approche cognitive, les gens vont automatiser
  - Dans une logique de sélection, on va d'abord et essentiellement se pencher sur les activités importantes.

### La mobilité/orientation

Cela permet le passage d'un métier X à un métier Y à moindre frais économiques, psychologiques, etc.

- La mobilité permet la comparaison, entre deux emplois, entre une personne et un emploi.
- L'orientation permet d'ouvrir des pistes, de mesurer les risques et de valoriser des compétences. ça permet de faire un projet pour une personne.

### La formation

Traiter la formation nécessite de bien comprendre la situation professionnelle dans son ensemble. Il s'agit de faire une analyse des écarts entre ce que les gens savent faire et ce qu'ils devraient savoir faire après la formation.

Par ex. analyse de l'écart entre ce que fait une secrétaire et une secrétaire de direction.

L'analyse des compétences cognitives permet de comprendre sur quels critères repose la proximité ou la distance entre deux emplois/métiers. En analysant les critères compétences qui ont permis le rapprochement, et en repérant ceux qui sont absents, il est possible de mettre en lumière les points forts sur lesquels s'appuyer lors du passage d'un emploi/métier à l'autre et les points faibles à combler. Une telle analyse peut conduire à une réflexion en terme d'action : formation à recommander, mode d'adaptation à privilégier, ou encore, emploi/métier intermédiaire à viser pour effectuer un passage progressif entre emplois/métiers jugés trop distants en termes de qualification par exemple.

### Organisation du travail

C'est un axe de description, dans une situation de prospective, lorsqu'il y a besoin de décrire les postes (titre, activité).

## Les intérêts de l'approche cognitive

- Le choix des critères de compétences cognitives permet de mettre l'accent sur autre chose que sur le geste opératoire, de dépasser le savoir-faire, tel qu'il est classiquement analysé au travers des notions de qualification.
- La plupart des méthodes existantes cherchent à appréhender le plus finement possible le mode opératoire, et à dresser la liste des savoirs mobilisés. Le problème rencontré est alors la diversité des savoirs et des savoir-faire ainsi décrits et donc l'impossible comparaison entre les emplois/métiers de domaines différents.
- Les compétences cognitives permettent de caractériser à la fois un individu et un emploi/métier. En effet d'un côté il s'agit de décrire les compétences dominantes chez un individu au travers de ce qu'il fait et de comment il le fait, d'un autre côté, de décrire les compétences nécessaires de manière dominante pour résoudre les problèmes liés à l'exercice de l'emploi/métier. C'est donc par une analyse préalable des activités que l'on peut déterminer les compétences cognitives dominantes.

### L'approche par les compétences cognitives a cinq intérêts majeurs:

1. Les compétences cognitives sont présentes dans toute action qu'elle soit manuelle, intellectuelle ou relationnelle. Dans tous les cas, il y a bien une participation du mental qui permet d'enchaîner les gestes, les idées, les communications. Dans tous les cas, dès qu'il y a action, cela signifie qu'il faut recevoir et traiter des informations. Il est donc possible de répondre à l'objectif de trouver des critères communs pour aborder des emplois/métiers différents.
2. Les compétences cognitives sont les compétences les plus transférables. Quand un individu passe d'un emploi/métier A à un emploi/métier B, même s'il ne retrouve pas les mêmes savoirs ou savoir-faire, il continue spontanément d'utiliser une « façon de faire »: la manière dont il traite les problèmes, sa manière générale de s'organiser.
3. Les compétences cognitives sont peu nombreuses. Ou plus exactement, celles qui permettent d'effectuer un bon pronostic en termes de proximités sont en nombre « gérable ». Cela signifie en contrepartie que cette approche n'est pas exhaustive.
4. L'individu face à une mobilité « raisonnée » n'est pas obligé de changer brutalement de logique: il adaptera alors plus facilement son comportement et sera plus vite compétent.
5. L'organisation est plus sûre de trouver des individus compétents: car elle trouvera alors chez des candidats une « configuration de compétences » déjà mobilisées dans une situation précédente et donc transférables.

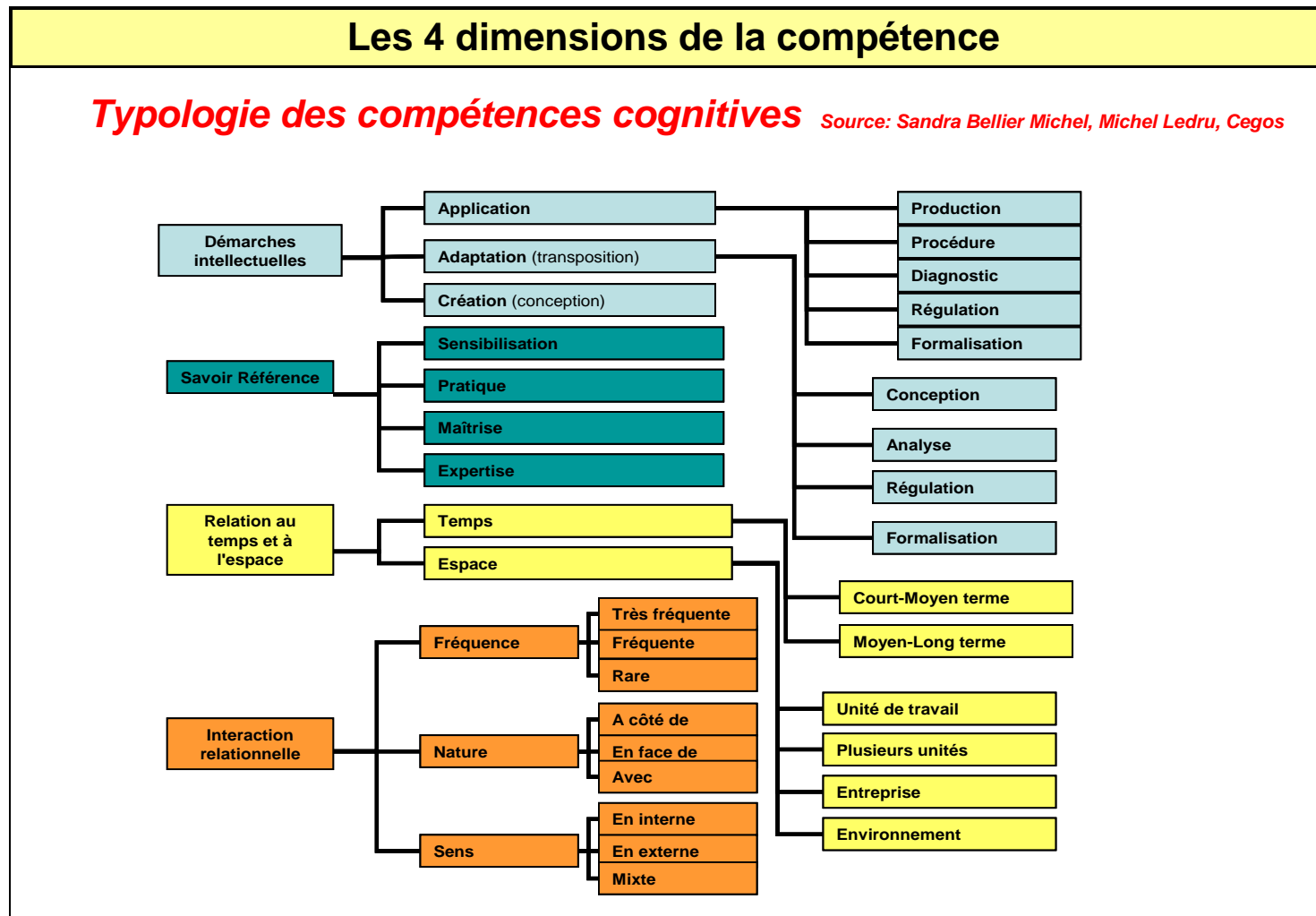
## Références Symphony / Corom

MICHEL S., LEDRU M., Capital compétence dans l'entreprise, une approche cognitive, Paris, ESF Editeur, 1991

MICHEL S., Sens et contresens des bilans de compétences, Paris, Editions Liaisons, 1993

Sur la base du cours du professeur Sandra Bellier-Michel (12.03.99 au 30.04.99) donné à l'UNIL pour l'IPA

## Annexe 6 – Glossaire Corom



## 1. Les Démarches Intellectuelles

Les Démarches Intellectuelles caractérisent le processus mental type mis en œuvre pour résoudre un problème dans le cadre de la réalisation d'une activité. On distingue trois familles de DI qu'on peut schématiser ainsi :

### Application

Pour réaliser mon activité, je connais l'ensemble des éléments à ma disposition pour la réaliser (A), je sais quel est le résultat attendu (B), et la stratégie à mettre en œuvre pour obtenir ce résultat est unique ainsi que clairement identifiée.



### Application production

Le processus mental prend en compte le fait que l'acteur est en prise directe avec le système technique. Le collaborateur utilise son corps au cours de la résolution de problème. Il a acquis avec l'expérience une habileté gestuelle. Le geste prend une importance cruciale et la représentation de la solution fera sans cesse appel à "la mémoire du corps".

### Application procédure

Le collaborateur a pour mission d'appliquer strictement une procédure, un schéma de résolution de problème préétabli. La nécessité première, dans le métier, est de mettre en œuvre, "dérouler" la procédure le plus exactement possible au cours de l'action, que cette procédure soit simple ou complexe.

### Application diagnostic

Le processus mental est focalisé sur ce qui permet de détecter l'erreur, de rechercher la cause d'une anomalie, d'opérer un contrôle, de porter un diagnostic.  
Il ne s'agit ni de produire directement, ni de réguler l'ensemble du système mais de se concentrer sur ce qui empêche le système de fonctionner normalement.

### Application regulation

Le processus mental est orienté vers la coordination de divers éléments dans un système. Le collaborateur est en prise directe avec l'action, il prend en compte plusieurs données conjointes qu'il s'agit de "faire marcher ensemble", d'équilibrer en utilisant une ou des procédures. Il règle des déséquilibres de manière à toujours ramener les choses à l'état où elles doivent être. Pour cela, il se réfère à un modèle précis qui décrit un état idéal.

### Applic. formalisation

Le processus mental est orienté vers la mise en forme d'objets, de messages écrits ou oraux et de leur mise en conformité avec une norme préétablie. Le collaborateur s'applique à se conformer à des règles qu'il s'impose à lui-même ou qui lui sont imposées par l'organisation indépendamment de la réaction immédiate du destinataire du message ou des objets. Il se réfère donc à des modèles précis de présentation : charte graphique, feuille de style, police de caractère, phrases types ...

**Adaptation**

Pour réaliser mon activité, je connais les éléments à ma disposition pour la réaliser (A), je sais à peu de choses près quel est le résultat attendu (B ?), mais je dispose de plusieurs stratégies de mise en œuvre pour atteindre ce résultat.



**Adaptation conception**

L'acteur a une représentation imprécise non seulement du processus de résolution mais aussi de la solution finale à laquelle il doit aboutir. L'acteur travaille sur l'élaboration d'idées, le développement de thèmes nouveaux. Il a à élaborer des modèles à partir d'un grand nombre schémas disponibles. La part de développement "pur" et l'élaboration des idées sont

**Adaptation analyse**

L'acteur est centré sur la compréhension des données qui lui sont fournies. Il doit en rechercher le sens et la signification. Il travaille en amont de la décision, il part d'informations qu'il trie, analyse, compare, met en relation, cherche à donner sens à des éléments apparemment disparates.

**Adaptation regulation**

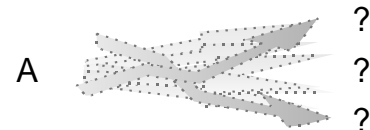
Il s'agit de faire évoluer un système complexe dans lequel il y a interférence entre différentes priorités. L'acteur prend en compte et intègre plusieurs systèmes conjoints pour les faire évoluer ensemble et améliorer le fonctionnement global en adaptant les solutions au fur et à mesure du déroulement des événements. Il doit ajuster un modèle à un contexte pour parvenir à la meilleure solution.

**Adapt. formalisation**

L'acteur se centre ici en priorité sur les conditions de mise en œuvre de la solution; davantage sur la présentation et les modalités que sur le contenu. Il ne s'agit plus de choisir entre plusieurs idées mais entre plusieurs formes ou modalités pour une idée donnée. Toutefois, il y a des alternatives et donc des choix à opérer pour adapter la formalisation à la cible à atteindre.

**Creation**

Pour réaliser ce type d'activité, je dispose de plusieurs éléments, mais j'ignore quel sera le résultat et quel va être mon cheminement pour réaliser mon activité. Il s'agit d'inventer, d'innover, de créer. Il faut créer son processus, sa démarche, son mode de travail. Cette façon de faire est rarement présente dans les entreprises où l'organisation du travail cherche plutôt à rationaliser les procédés.



## 2. Le Savoir Référence

Les SR peuvent être considérés comme la bibliothèque de connaissance ou le cadre de références dans lesquels on vient puiser pour réaliser une activité. C'est un ensemble de connaissances stable à partir duquel s'exprime la compétence utilisée pour réaliser une activité dans un métier donné. Ces savoirs sont en général mobilisés de quatre manières différentes :

- Notions** Connaissance d'un environnement de travail, d'une "culture" d'un métier, des conventions, des codes et règlements liés à un métier ; s'y ajoute la compréhension du vocabulaire du métier. C'est ce que bon nombre d'entreprises appellent le vernis de la connaissance d'une « culture générale » d'un domaine professionnel.  
Ce savoir référence a été acquis « sur le terrain », par l'expérience : « *Je connais, j'ai entendu parler, je peux en parler de manière globale* ».
- Pratique** C'est la capacité d'appliquer des règles, des conventions, des codes et règlements. Il s'agit de connaissances pratiques, beaucoup plus liées à un contexte d'application. Ce niveau de savoir correspond généralement à un savoir-faire. Une grande partie de ces savoirs références peut être acquise "sur le terrain", par l'expérience : « *Je sais mettre en pratique ce savoir* ».
- Maîtrise** Compréhension fine, théorique et maîtrisée du champ de savoir. Ce niveau caractérise la capacité à utiliser ces références théoriques dans le cadre de son métier. Ce niveau de savoir se caractérise par : « *Je comprends le champ théorique suffisamment bien pour pouvoir expliquer et former* ». Le type de formation transmise par un professionnel à ce stade explique le « pourquoi » et non pas seulement le « comment ».
- Expertise** Ce niveau de savoir implique une compréhension conceptuelle et une complète maîtrise des grands mécanismes fondamentaux ainsi que des principes d'un domaine scientifique ou technique en relation avec d'autres domaines. C'est le niveau le plus abstrait, le plus conceptuel. Ce niveau caractérise la capacité de faire évoluer ce savoir, de l'infléchir, de l'enrichir. On pourrait illustrer ce niveau par : « *Je fais évoluer le savoir* ».

### 3. La complexité : relation au temps et à l'espace

#### Temps

Cela concerne la (ou les) perspective(s) temporelle(s) dans laquelle on se situe lors de la démarche de résolution de problème. C'est l'horizon de fonctionnement dans le métier. Il ne s'agit pas du délai de résolution du problème, ni du degré d'urgence du problème à traiter, ni encore de l'impact dans le temps de l'action que l'on réalise, ni encore de la périodicité ou du cycle de travail. Au moment où le collaborateur agit, se représente-t-il la solution à court ou moyen terme ? Doit-il intégrer une dimension prospective dans son processus de résolution ? Lui est-il nécessaire d'anticiper pour agir et trouver les solutions ? Doit-il inscrire son action dans la durée ? La gradation des perspectives à prendre en compte est spécifique à chaque entreprise, tout dépend de son secteur d'activité, de son organisation du travail...

#### Espace

La relation à l'espace fait référence à la notion d'un « espace-problème », au nombre et la diversité des éléments à prendre en compte lors de la démarche de résolution de problème, à la variété des origines des données à traiter. Compte tenu du fait que l'on ne peut repérer ces éléments, on analysera l'espace quasi-géographique qui est concerné lors de la résolution de problème. On nommera cette dimension à l'aide de métaphores spatiales. Au moment où le collaborateur agit, intègre-t-il des données liées à son environnement immédiat, élargi ou même extérieur à l'entreprise? Le salarié dispose-t-il des solutions "sous la main", doit-il aller rechercher des solutions en dehors de son espace proche ? La problématique qu'il intègre est-elle immédiate, proche de son environnement de travail ou est-elle plus "extérieure" à son environnement de travail immédiat ?

#### **Echelles de relations au temps et à l'espace (exemple)**

##### **Relation au temps**

CT	Court terme	1 à 4 semaines
CMT	Court-moyen terme	1 à 3 mois
LT	Long terme	4 à 12 mois
TLT	Très long terme	1 à 3 ans

##### **Relation à l'espace**

UT	Unité de travail	Un processus ou une cellule de compétences
RES	Réseau	Partenaires stratégiques ou privilégiés
ENT	Entreprise	L'entreprise dans son ensemble (interne)
CLUS	Cluster	L'entreprise et tous types de partenaires en lien avec le domaine d'activité
ENV	Environnement	L'entreprise et son environnement (clients, partenaires, etc.)



## 4. L'interaction relationnelle

Pour réaliser des activités, je suis en relation avec d'autres personnes. Ce critère distingue le type et la nature des relations nécessaires avec d'autres personnes pour réaliser un métier ou une activité.

### Fréquence

- Très fréquente** Le travail se fait en quasi permanence, "sans arrêt" au travers d'interactions avec une ou plusieurs équipes, les clients. Cette fréquence d'interaction est très liée aux métiers qui pratiquent l'assistance, l'accueil téléphonique, la relation client.
- Fréquente** Le travail nécessite de nombreuses relations mais présente aussi des moments de travail isolé.
- Rare** Le travail se déroule avec très peu d'interactions. L'acteur suit un processus mental en ne faisant pratiquement pas intervenir la démarche d'autres personnes. Toutefois, dans l'organisation habituelle du travail, il est à peu près exclu de parler d'interaction totalement absente.

## Nature

La nature de l'interaction relationnelle fait référence au degré de prise en compte de l'activité d'autrui pour agir dans son propre métier. Un collaborateur a-t-il besoin d'intégrer la logique d'action d'autrui, son mode de fonctionnement pour réaliser ses propres activités ? De quelle manière autrui influence-t-il le processus de résolution de problème d'un collaborateur ?

Il faut analyser le déroulement du processus de travail et repérer s'il y a ou non nécessité d'intégrer, dans le processus de résolution de problème, la dimension relationnelle.

### A côté

Le travail nécessite des interactions qui sont des échanges de données, d'informations, de matériel... Il implique l'intégration régulière d'informations provenant d'autrui. Ces éléments sont nécessaires à l'organisation et à l'avancée du travail mais elles ne modifient ni la démarche intellectuelle, ni le déroulement de l'action.

### En face de

C'est l'interaction caractérisant les relations de vente, de conseil, de négociation, de face à face. Le travail ne peut avancer, pas à pas, qu'en fonction des réactions et informations progressivement apportées par l'autre. Le collaborateur, en interaction relationnelle de type "en face", dans son métier, dépend d'autrui notamment dans le rythme de la résolution de

### Avec

Il s'agit d'un travail d'équipe, en synergie, impliquant une collaboration étroite dans le déroulement des activités. Il est nécessaire d'intégrer d'autres logiques de pensée, d'autres façons de faire pour résoudre les problèmes posés. L'interaction relationnelle "avec" est fréquemment liée à une démarche intellectuelle de type Adaptation.

## Sens

Il s'agit de la localisation des personnes avec lesquelles l'acteur interagit. Les interlocuteurs peuvent être majoritairement au sein de l'entreprise, ou plutôt à l'extérieur de l'entreprise voire les deux.

### Interne

Les interlocuteurs principaux sont dans l'entreprise.

### Externe

Les relations sont majoritairement orientée vers des personnes se situant à l'extérieur de l'entreprise.

### Mixte

Les personnes avec lesquelles l'acteur est en contact sont autant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

## Annexe 7 – Références et bibliographie

### Bibliographie générale

- Bellier-Michel S., Ledru M., *Capital compétence dans l'entreprise*, ESF Editeur, 1991
- Bellier S., Sens et contresens des bilans de compétences, Editions Liaisons, Paris, 1993
- Bellier-Michel S., *Modes et légendes au pays du management*, Vuibert Entreprendre, 1997
- Jolis N., *Piloter les compétences*, Les Editions d'Organisation, 1997
- Le Boterf G., *Le schéma directeur des emplois et des ressources humaines*, Les Editions d'Organisation, 1988
- Le Boterf G., *De la compétence*, Les Editions d'Organisation, 1994
- Le Boterf G., *De la compétence à la navigation professionnelle*, Les Editions d'Organisation, 1997
- Le Boterf G., Pour une définition plus rigoureuse de la compétence, Le Monde, 2 juillet 1997
- Leonard D., *Wellsprings of knowledge*, Harvard Business School Press, 1995
- Meignant, A., Le client, grand oublié de la gestion des compétences, Le Monde, 22 avril 1998
- Mitrani, A., Des compétences et des hommes, Editions d'Organisation, Paris, 1992
- Montmollin (DE), M., L'intelligence de la tâche – Eléments d'ergonomie cognitive, Peter Lang, Berne, 1984
- Zafirian P., Le modèle de la compétence : une démarche inachevée, Le Monde, 1er mars 1995

### Publications diverses – Domaine de la santé

- Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M., Widmer, M., *Personnel de santé en Suisse – Eta des lieux et perspectives jusqu'en 2020*, Observatoire de la santé, Neuchâtel, 2009
- Jason R. F., *Le Cadre des compétences CanMEDS 2005 pour les médecins*, Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Ottawa, 2005
- Kaufmann, Y., Wapf, B., *Définition des besoins concernant les filières d'études Master HES dans le domaine de la santé*, econcept, Zürich 2009
- KFH, *Abschlusskompetenzen der Fachhochschul-Gesundheitsberufen*, 2009 (résultats intermédiaires)
- Ludwig, I., Mondoux, J., Schäfer, M., *Modèles de référence pour les corpus de professions de la Santé et du Social*, WE'G & REF, Berne, 2007
- Réseau Santé Valais, *Vers une complémentarité optimale des compétences, Manuel des Instruments du Skill- et Grademix dans les soins*, Sion, 2008
- Spitzer, A., Kuhne N., Perrenoud B., Camus D., *Les soins infirmiers en Europe, Vers plus de similitude ou plus de différence?* Editions Médecine & Hygiène, Chêne Bourg, 2008

## Annexe 8 – Liste des figures avec titre

Figure 1 -	Job Training Cycle Methodology (JTC)	4
Figure 2 -	Matrice d'innovation	5
Figure 3 -	Organisation du projet et plan de travail	8
Figure 4 -	Organisation et partenaires du projet	9
Figure 5 -	Cadre d'analyse: le patient et son contexte de soins comme objet de référence	11
Figure 6 -	Analyse des activités de soins ex. «Patient à trajectoire et interfaces multidisciplinaires»	11
Figure 7 -	Hiérarchisation des activités clés sur trois critères et selon les vues du Team et du Core Team	12
Figure 8 -	Réduction du modèle de segmentation	13
Figure 9 -	Les activités clés intégrées dans 3 différents contextes de soins et structurées par catégorie	13
Figure 10 -	Intégration de toutes les activités clés identifiées dans les 3 types de contexte de soins et classées par catégorie d'activité	14
Figure 11 -	Hiérarchisation des activités par contexte et vue consolidée intégrant les trois contextes (tableau)	15
Figure 12 -	La réalisation: définition des activités clés, une démarche participative	16
Figure 13 -	Illustration des activités avec les compétences associées dans le logiciel SymResources	16
Figure 14 -	Proximité du métier d'infirmier/ère défini par type de contexte: moyennement et hautement spécialisé	31
Figure 15 -	Proximité du métier d'infirmier/ère défini par type de contexte: faiblement et hautement spécialisé	33
Figure 16 -	Aire de mobilité à partir du profil de métier du contexte moyennement spécialisé	33

## Annexe 9 – Définition des catégories de situation patients

<p><b>Situation patient 1: La personne âgée, malade chronique</b> (p.ex. insuffisance cardiaque chronique, diabétique) Caractéristiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la maladie cause souvent des hospitalisations répétées</li> <li>■ la maladie de base engendre souvent le développement d'autres maladie</li> </ul>
<p><b>Situation patient 2: Le patient à haut risque, malade aigu</b> (Soins sur des stations spéciales, p.ex. soins intensifs, Inter Mediate Care) Caractéristiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ important effort technique</li> <li>■ importante part au niveau diagnostic</li> <li>■ grande instabilité</li> <li>■ importante mise en réseau avec services médicaux</li> </ul>
<p><b>Situation patient 3: Les patients à hauts risques</b> (p.ex. patients en hématologie, chirurgie cœur-thorax, etc.) Caractéristiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ procédés standardisés, impliquant toutefois beaucoup de technique</li> <li>■ phase de transition de la phase aiguë vers le processus de guérison "normal"</li> </ul>
<p><b>Situation patient 4: Les patients à trajectoire et interfaces multidisciplinaires</b> (par ex. oncologie ou psychiatrie) Caractéristiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ principalement des patients interdisciplinaires au niveau médical</li> <li>■ interfaces fréquentes entre les soins stationnaires et ambulatoires</li> <li>■ les mesures médicales thérapeutiques et les mesures de soins sont identiquement exigeantes</li> </ul>
<p><b>Situation patient 5: Situation de patient à "déroulement normal"</b> (p.ex. interventions électives, naissances, contrôles) Caractéristiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ procédés standardisés</li> <li>■ déroulements sans complications</li> <li>■ effort médical-soin aisément estimable</li> </ul>
<p><b>Situation patient 6: Situation de patient plus orientée vers les soins</b> (p.ex. patients apoplexiques, patients gériatriques, etc.) Caractéristiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ principalement des mesures de soins</li> <li>■ aspects sociaux très pertinents</li> <li>■ ase management généralement exigeant entre les différentes institutions</li> </ul>
<p><b>Situation patient 7: Groupes de patients spécialisés</b> (p.ex. patients ORL, dermatologie, ophtalmologie, urologie, etc.) Caractéristiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ situations de soins très spécifiques</li> <li>■ mesures hautement spécialisées</li> </ul>
<p><b>Situation patient 8 Situation de patient ayant de grands besoins en conseils</b> Par exemple, vivre avec un handicap, accepter sa maladie, perte d'un enfant et les questions de santé</p>

## Annexe 10 – Répertoire des savoirs références pour le métier d’infirmier/ère

<b>Savoirs de référence pour le métier d'infirmière - 2009</b>		
<b>No</b>	<b>Domaine de connaissances</b>	<b>Spécification</b>
1	Droit et réglementations	Charte hôpital de l'hôpital ou de l'institution
2	Communication	Collègue - technique relationnelle
3		Connaissance de soi
4	Droit et réglementations	Ethique
5	Ressources humaines	Fonctions&Compétences collaborateurs
6	Sciences et techniques	Géographie
7	Organisation & Management	Gestion Risques (HHPCI-Matériovigilance-...)
8	Sciences et techniques	Gestion stock
9	Organisation & Management	Hôpital - Organisation
10	Sciences et techniques	Hygiène, nettoyage (technique de)
11	Organisation & Management	Indicateurs (charge travail, données patients, besoins service,..)
12	Ressources humaines	Interne & Externe Ressources
13	Sciences et techniques	Machines (fonctionnement de)
14	Sciences et techniques	Matériel de soins
15	Sciences et techniques	Nettoyage (technique de)
16	Organisation & Management	Offre en prestations
17	Organisation & Management	Organigramme Communication
18	Organisation & Management	Organigramme Structurel
19	Organisation & Management	Organisation du service
20	Informatique & TIC	Outils informatiques & Moyens d'info.
21	Communication	Patient - Relation/communication (technique de)
22	Sciences sociales	Pédagogie
23	Sciences Médicales	Physio-pathologie
24	Organisation & Management	Principes de management
25	Organisation & Management	Qualité (démarche)
26	Ressources humaines	Ressources internes (hôpital/institution)
27	Sciences Médicales	Risque Gestion (patient)
28	Sciences Médicales	Soins Infirmiers (protocoles de, actes médico-délégués, pharmacologie)
29	Sciences Médicales	Soins spécifiques infirmiers (ex.chimiothérapie, cardiologie, drain thoraciqu
30	Organisation & Management	Structure Sanitaire
31	Communication	Technique relationnelle