

Faculté de santé publique

Construction d'un outil de mesure de la charge en compétences d'un service de soins de santé en milieu hospitalier

Le Skills On Time In Full

Mémoire réalisé par
Margo Tonnelier

Promoteur
Mathieu Louiset

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Construction d'un outil de mesure de la charge en compétences d'un service de soins de santé en milieu hospitalier

Le Skills On Time In Full

Mémoire réalisé par
Margo Tonnelier

Promoteur
Mathieu Louiset

Année académique 2021-2022
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pu être réalisé sans le concours de nombreuses personnes.

Tout d'abord, je tiens à remercier Mathieu Louiset, mon promoteur pour avoir accepté d'accompagner une étudiante qu'il ne connaissait pas encore, et ce, dans cette idée un peu folle. Merci de m'avoir orientée et remis les pieds sur terre quand cela a été nécessaire. Merci également pour ta bienveillance et ta rigueur.

J'ai eu la chance d'être reçue, écoutée et suivie par nombres de professionnels clés pour mon cheminement et l'aboutissement de ce mémoire. Merci à Jean-Marie Boulanger, Jean-Louis Fontaine, Catherine Poncelet, Sidonie Laurent, Dominique Schoevaerts et Candy Oxford des CUSL.

Je tenais à remercier tout particulièrement Caroline Mertens et Elise Grosjean, des CUSL, pour leur disponibilité et leur accueil dans leurs équipes. Ainsi que Xavier Rouby et Isabelle Fontenelle, d'Opal Solutions, pour leur temps et leur désir de faire évoluer mon mémoire.

Je suis également très reconnaissante envers toutes les personnes, qui ont pris part à la lecture et/ou à la vérification d'une partie de ce mémoire, notamment Aurélie Devreux.

Pour leur soutien, merci à mes collègues de master, Noémie et Wendy, à mes collègues infirmières, Marie-Noëlle, Ariane, Emma, Emilie et Jimena, à mes patients ainsi qu'au Professeur Michel Jadoul et au Docteur Jean-Michel Pochet.

Merci à Rudy d'avoir mis entre mes mains un livre de Supply Chain Management. En plus d'avoir été une source d'inspiration et de motivation, il a été mon roc pendant mes trois années de master.

Enfin, et parce que je ne l'oublie jamais et qu'elle a été la première personne à croire sans limite en moi, merci à Mathilde Villière, ma grand-mère.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Résumé

Aujourd'hui, avec la pénurie infirmière, il devient nécessaire de repenser les modèles d'équipe centrés sur le métier infirmier. La notion d'effectif est au centre de cette problématique et la notion de compétence y est éclipsée. Comment alors mesurer la charge de travail et la gestion des ressources humaines du point de vue du besoin en compétences d'un service de soins ?

D'un côté, l'infirmier est seul au centre des outils actuels de mesure de charge de travail, qui sont tous exprimés en temps de travail infirmier. De l'autre, les compétences infirmières sont multiples et certaines sont partagées avec d'autres corps de métiers paramédicaux et sociaux. Les outils de la Supply Chain Management et notamment l'On Time In Full (OTIF), indicateur qualitatif et quantitatif reposant sur la notion de conformité, semblent pouvoir mettre en lien ces deux éléments.

Le Skills-OTIF, transposition de l'OTIF, repose sur deux matrices : une matrice métiers/compétences et une matrice pondérée de Profils Patient. La première est une adaptation du modèle de compétences de l'Administration fédérale, en modèle « 5 compétences génériques + 3 compétences techniques ». 15 métiers de la santé, ont ensuite été détaillés dans cette matrice, au regard des référentiels fédéraux de compétences. La seconde est constituée de 11 Profils Patients créés sur base des variables du modèle Hospital patient One-year Mortality Risk, des recommandations du KCE et des données phares dans les soins de santé. La pondération de ces profils sera propre à chaque service et réalisée à partir d'un questionnaire complété par les équipes de soins.

Le SOTIF et ses grandes caractéristiques ont été présentés à une société ayant développé son propre logiciel de mesure de charge de travail et au département infirmier d'un hôpital bruxellois. Le parti pris des compétences comme base de conformité fait l'unanimité et des perspectives de développement sont déjà proposées alors qu'aucun test n'a encore pu être réalisé.

Mots clés : charge de travail, compétences, outil d'évaluation, méthodologie, approche multidisciplinaire, hôpital, équipe de travail, infirmier.

Comment citer ce mémoire : TONNELIER M. *Construction d'un outil de mesure de la charge en compétences d'un service de soins de santé en milieu hospitalier : Le Skills On Time In Full* [Mémoire de master en sciences de la santé publique]. Woluwé-Saint-Lambert : Université catholique de Louvain ; 2022.

Table des matières

Remerciements	
Le plagiat.....	
Résumé.....	
Table des illustrations.....	
Liste des abréviations	
Introduction	1
Plan et méthodologie générale	3
PARTIE I : Cadre théorique et pistes méthodologiques	4
I. Evaluation et charge en soins	4
A. L'évaluation d'une unité de soins	4
B. La mesure de la charge en soins	5
II. Pourquoi s'intéresser aux compétences ?.....	10
A. Les compétences infirmières.....	10
B. Les nouveaux métiers de la santé en première ligne.....	12
C. Les compétences des nouveaux métiers de la santé.....	13
III. L'apport de la Supply Chain Management de la santé	14
A. Utilisation de l'OTIF.....	15
B. Penser la transposition de l'OTIF	17
C. La charge en compétences	18
IV. Qu'est-ce qu'un « Profil Patient ».....	19
A. Les programmes de soins.....	19
B. Clustering des séjours d'hospitalisation.....	20
C. Le modèle NRGnew	22
V. Conclusions méthodologiques intermédiaires.....	23
PARTIE II : Cadre institutionnel et périmètre de travail	25
I. Motivations	25
II. Carte d'identité.....	25
A. La gestion des compétences.....	26
B. L'outil Charge de travail	27
C. Le DI-RHM et le Dossier Patient Informatisé	28
III. Le projet CELLS	29
A. Services choisis pour le projet CELLS	31
B. Le Groupe de Travail US	31

IV.	Périmètre de travail pour ce mémoire	32
A.	L'unité 63	32
PARTIE III : Construction et composition du SOTIF		33
I.	Profils métiers-compétences	33
A.	Les métiers	33
B.	Les compétences	35
C.	La matrice	40
II.	Profils Patients	40
A.	Les objectifs de prise en charge	41
B.	Construction de 11 profils généraux	42
C.	Calibration par service	44
D.	Profils Patients pondérés pour l'unité 63 des CUSL.....	46
III.	Finalisation et utilisation du SOTIF	46
A.	Etapas restantes	46
B.	Interfaces et traitement des données	47
PARTIE IV : Exploitation du SOTIF		49
I.	Discussion avec l'équipe CELLS	49
A.	Les Profils Compétences.....	49
B.	Les Profils Patients et le calibrage	50
C.	Le SOTIF et son exploitation.....	51
II.	Discussion avec Opal Solutions	52
A.	L'angle des compétences	52
B.	Les Profils Patients	53
C.	Le SOTIF et ses tableaux de bord.....	54
III.	Limites et biais	54
A.	Méthodologie	54
B.	Questionnaire et calibrage.....	56
C.	Utilisation.....	57
Conclusion.....		59
Bibliographie		61
Annexes		69
Annexe 1 : Matrice métiers/compétences du SOTIF		70
Annexe 2 : Questionnaire utilisé pour le calibrage des Profils Patients.....		71
Annexe 3 : Matrice finale des Profils Patients pondérés pour l'unité 63 des CUSL		73

Table des illustrations

Figure 1 : Approches de la mesure des charges en soins (Tilquin, 2003b).....	5
Figure 2 : Classification des outils de mesure des charges en soins (Tilquin, 2003b).....	6
Figure 3 : Données composantes de l'OTIF (Tonnelier, 2022)	16
Figure 4 : Variabilité par APR-DRG-SOI pour les séjours classiques (KCE Rapport 270B, 2016).....	22
Figure 5 : Méthodologie de construction et d'exploitation du SOTIF (Tonnelier, 2022).....	24
Figure 6 : Matrice des qualifications (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2020).....	27
Figure 7 : Tableau de bord Epic du DI-RHM (Trajet Patient Intégré et Informatisé, 2020) ...	28
Figure 8 : Le modèle CELLS (Groupe de travail communication CUSL, 2021)	30
Figure 9 : Arbre thématique du modèle de compétences 5+ 3 (Tonnelier, 2022).....	39
Figure 10 : Interface A test du SOTIF (Tonnelier, 2022)	47
Figure 11 : Interface B test du SOTIF (Tonnelier, 2022).....	48
Figure 12 : Lien entre activités de soins et objectifs de soins (Fontenelle, 2022).....	53
Figure 13 : Profils métiers/compétences du SOTIF (Tonnelier, 2022).....	70
Figure 14 : Pondération des Profils Patients pour l'unité 63 des CUSL (Tonnelier, 2022)	73
Tableau 1 : Items du NAS (Bruyneel et al., 2018).....	9
Tableau 2 : Profil de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2015).....	11
Tableau 3 : Répartition des métiers de la liste IFIC dans les cinq fonctions (De Munck et al. 2011).....	13
Tableau 4 : Variables d'analyse (KCE Rapport 270B, 2016).....	21
Tableau 5 : Groupes de soins (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement & Service data et informations stratégiques - DGGS, 2019)	23
Tableau 6 : Choix des métiers sur base du Tableau 3 (Tonnelier, 2022).....	33
Tableau 7 : Liste des référentiels de compétences par métier sélectionné (Tonnelier, 2022)..	37
Tableau 8 : Covariables utilisées pour calculer le score de risque de mortalité sur un an (HOMR) d'un patient au moment de son admission à l'hôpital (van Walraven et al., 2015)	41
Tableau 9 : Profils Patients du SOTIF (Tonnelier, 2022)	43

Liste des abréviations

APR-DRG-SOI - All Patient Refined Diagnosis-Related Group – Severity of Illness

CHU – Centre Hospitalier Universitaire

CISI - Classification des Interventions de Soins Infirmiers

CUSL – Cliniques universitaires Saint-Luc

DI – Département Infirmier

DI-RHM - Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum

DRG - Diagnosis-Related Group

EROS - Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé

ETP – Equivalent Temps Plein

GPI – Gestionnaire de Projets Infirmiers

HOMR - Hospital patient One-year Mortality Risk

HRBP - Human Ressource Business Partner

ICA – Infirmier chef adjoint

ICC – Infirmier coordinateur clinique

ICP – Indicateur Clé de Performance

ICS – Infirmier chef de service

IF-IC - Institut de Classification de Fonctions

INAMI - Assurance soins de santé et indemnités

IREA - Institut de Recherche sur les Entreprises et les Administrations

IV - Intraveineux

KCE - Centre fédéral d'expertise des soins de santé

LABERS - Laboratoire d'Études et de Recherche en Sociologie

NAS - Nursing Activities Score

NOC - Nursing Intervention Classification

NRG - Nursing Related Groups

OECD - Organisation de coopération et de développement économiques

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

OTIF – On Time In Full

POR - Pratiques Organisationnelles Requises

PRN - Projet de Recherche en Nursing

QOP – Quartier opératoire

RESO - Service Universitaire de Promotion de la Santé

RIM – Résumé Infirmier Minimum

SC – Sous conditions

SCM – Supply Chain Management

SOTIF – Skills On Time In Full

SPF – Service Public Fédéral

TPI² – Trajet Patient Intégré et Informatisé

US – Unité de soins

USI – Unité de soins intensifs

Introduction

Depuis plusieurs années, le métier d'infirmier est considéré comme un métier en pénurie (Le Forem, 2021). Et cela avant même la pandémie actuelle de la Covid 19, qui sollicite plus que jamais les praticiens de l'art infirmier. Il est donc essentiel de redéfinir la façon de travailler des infirmiers et même plus : innover dans les modèles d'équipe.

L'équipe soignante est essentiellement centrée sur un métier : l'infirmier, professionnel extrêmement polyvalent tant parce que son diplôme lui permet de travailler en unité de médecine comme de chirurgie, qu'à cause du grand nombre de tâches qui lui sont octroyées (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2015). Or, les inscriptions aux études infirmières sont en chute libre (Médias de Bruxelles, 2021; Swysen, 2021), 32% des infirmiers envisagent de quitter l'hôpital et 10% d'abandonner totalement la profession (KCE Rapport 325B, 2019).

La dernière étude du KCE sur la dotation infirmière (KCE Rapport 325B, 2019) met en avant trois éléments :

- Il existe un lien clair et fort entre la dotation infirmière et le maintien d'un environnement de travail favorable à l'épanouissement professionnel.
- Il existe le même type de lien entre la dotation infirmière et la qualité des soins.
- Le pourcentage de soins infirmiers non réalisés, en raison de la charge de travail ou de la réalisation de tâches non-infirmières mais essentielles à la prise en charge quotidienne des patients, augmente depuis 10 ans : 96% des infirmiers confient réaliser des tâches qui ne sont pas de leur ressort au détriment de la qualité de leurs soins infirmiers.

Par faute de moyens humains et matériels, l'environnement de travail des infirmiers ne leur permet pas de déployer leurs compétences à leur juste valeur (KCE Rapport 325B, 2019). Cela compromet tant leur reconnaissance professionnelle et leur épanouissement que la qualité des soins.

Depuis de nombreuses années nous pensons les moyens humains de manière quantitative et nous mesurons la capacité de soins en nombres d'infirmiers, en Equivalent Temps Plein (ETP) par lits, en nombre de lits etc. En 2019, un Fond Blouses Blanches (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2020) a été débloqué pour financer la création d'emplois de personnel soignant. Mais la pénurie en personnel infirmier est telle que

les offres d'emploi sont plus nombreuses que les candidats. Mais alors n'y a-t-il pas un autre aspect nous permettant de penser les moyens humains ? Et si nous ne parlions plus de manque de professionnels mais de manque de compétences ? Cela reviendrait à estimer la force de travail plutôt que les effectifs.

Ma question de recherche est donc la suivante : **comment mesurer la charge de travail et la gestion des ressources humaines du point de vue du besoin en compétences d'un service de soins ?**

Ma première hypothèse est la suivante : varier les métiers au sein de l'équipe de soins pourrait permettre à chacun de déployer son domaine de compétence au juste moment et au juste endroit. Il faudrait pour cela pouvoir établir un « diagnostic » des compétences du personnel, des besoins du service et de sa performance. Et nous pourrions nous retrouver avec le constat que : tel service, dont le personnel est épuisé par une surcharge de travail étiqueté « infirmier », est finalement en manque d'un ergothérapeute ou d'un coordinateur de soins.

Existe-t-il un outil permettant de mesurer l'optimisation, en termes de compétences, de champs d'action et de spécificités, de la prise en charge ? Plus simplement un outil qui permettrait de déterminer si un service de soins utilise de manière optimale sa ressource humaine, non en termes quantitatifs mais qualitatifs ? Les outils utilisés en Supply Chain Management pourraient être une réponse à ces questions.

Mon hypothèse effective de travail va s'appuyer sur un outil particulier de la Supply Chain Management : **la transposition de l'OTIF (On Time In Full) représente un support pour l'optimisation des compétences d'une équipe de soins.**

Plan et méthodologie générale

Ce mémoire est un travail de transposition et de production d'un outil de mesure. Sa rédaction consiste donc à faire transparaître chaque étape de ma méthodologie : de mes constats, en passant par la délimitation d'un périmètre de travail pour finir sur la construction d'un outil de mesure et de diagnostic.

Dans la PARTIE I, nous allons nous intéresser à la mesure de la charge en soins et à l'évaluation de la performance d'une équipe de soins. Cette partie nous permettra de réaliser un état des lieux des outils existants. Puis nous allons nous poser les sous-questions de recherche suivantes : *Pourquoi s'intéresser à l'angle des compétences ? Quels sont les apports de la Supply Chain Management de la Santé ?* Tout ceci permettra de définir la logique sous-jacente à la transposition de l'OTIF et les objectifs souhaités.

Construire un outil est un travail conséquent, surtout s'il a pour finalité d'être généralisé, ce qui est mon cas. Mais je sais d'ores et déjà, qu'il me sera impossible de le généraliser dans le cadre de mon mémoire et qu'il m'est nécessaire de définir un périmètre d'étude. Ma démarche s'effectuera auprès d'une institution et dans un service de soins. Ses choix seront présentés et justifiés dans la PARTIE II.

La transposition de l'OTIF, la construction de chaque composante de l'OTIF transposé et son processus d'utilisation seront décrits dans la PARTIE III.

Nous terminerons, avec la PARTIE IV, autour d'une discussion avec des managers de terrain et des professionnels de la mesure de la charge en soins. Cela permettra d'objectiver les limites et les opportunités liées à mes choix méthodologiques, ainsi que les perspectives de généralisation.

PARTIE I : Cadre théorique et pistes méthodologiques

I. Evaluation et charge en soins

A. L'évaluation d'une unité de soins

A partir de quels critères évaluons-nous la performance d'une équipe de soins ?

- Les indicateurs d'activité hospitalière et de performance du système de santé (KCE Rapport 313B, 2019), tels que la durée moyenne de séjour, le nombre de lits, le taux d'infections nosocomiales, le taux de survie prennent encore une grande place. Ils se distinguent en trois catégories : les indicateurs de résultats, de processus et de structures. Ils sont globaux et orientés sur la possibilité d'une comparaison de la qualité (efficacité, adéquation, sécurité, continuité et centralité du patient), l'accessibilité, l'efficience, la soutenabilité et l'équité.
- Depuis plusieurs années et dans une optique de sécurité des soins, l'étude des événements indésirables¹ prend une place à part entière dans l'évaluation d'un service et sa gestion des processus.
- Les accréditations évaluent la performance en mesurant une série d'items liés à la qualité des soins, dont le respect des Pratiques Organisationnelles Requises (POR) : l'identité-vigilance, la prévention et le contrôle des infections, la protection des patients fragiles, l'administration des médicaments, la déclaration des événements indésirables (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018a).
- La parole est donnée aux patients sur leur vécu et la qualité des soins perçue lors de leur séjour à l'hôpital. Cette évaluation se fait tant en interne, via des formulaires distribués par l'institution (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2021c), qu'en externe, via des enquêtes nationales et internationales (KCE, 2020). Ces enquêtes sont construites de la même manière : elles s'intéressent à la mesure de l'expérience du patient en fonction de sa pathologie et de leur type de séjour.

¹ « Un événement indésirable est un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau » (Michel *et al.*, 2014)

B. La mesure de la charge en soins

La charge en soins est la quantité d'actions paramédicales requises par patient par 24h (Mias, 1996). Elle est exprimée en heures. Elle comporte deux aspects essentiels.

- Les soins directs : temps nécessaire aux soins effectués auprès du patient.
- Les soins indirects : temps passé à s'occuper du patient, même si le soignant n'est pas à côté de lui.

Plusieurs approches tentent de mesurer cette charge en soins.

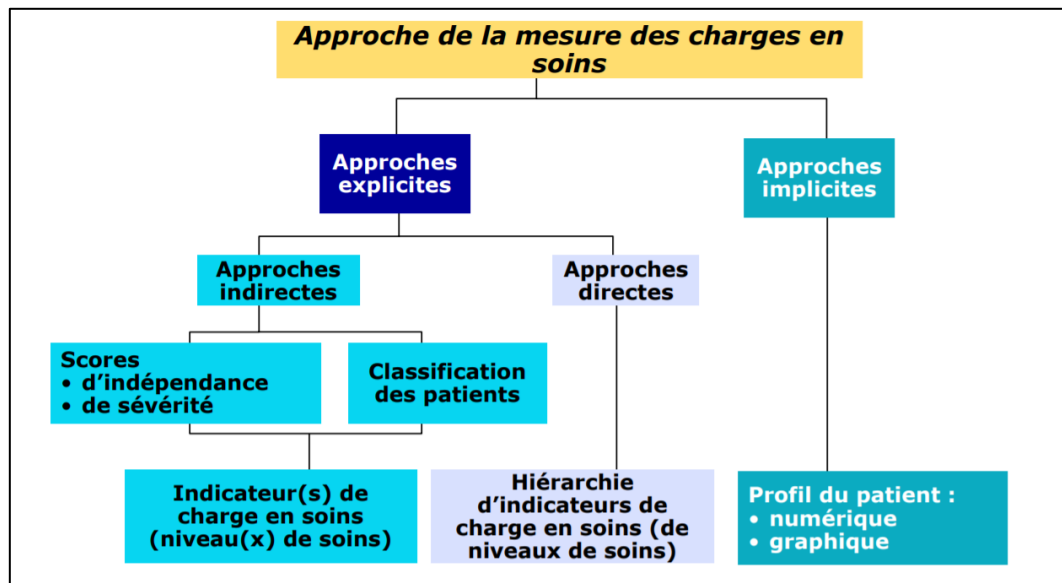


Figure 1 : Approches de la mesure des charges en soins (Tilquin, 2003b)

Dans l'approche explicite indirecte, il existe deux types de méthodes :

- sur base de variables présélectionnées et pondérées, un score est calculé puis associé à un niveau de soins. Ce sont des scores utilisés dans des prises en charge et/ou services spécifiques (personnes âgées, soins intensifs).
- chaque patient est répertorié dans une classification définie en fonction de variables considérées comme pertinentes. Un forfait temporel est associé à chaque classe.

L'approche explicite directe repose sur la méthodologie générale suivante : pour chaque patient, on identifie les actions de soins, on additionne les temps des actions de soins et on obtient un niveau de soins.

L'approche implicite repose sur la création d'un profil du patient au regard de certaines données.

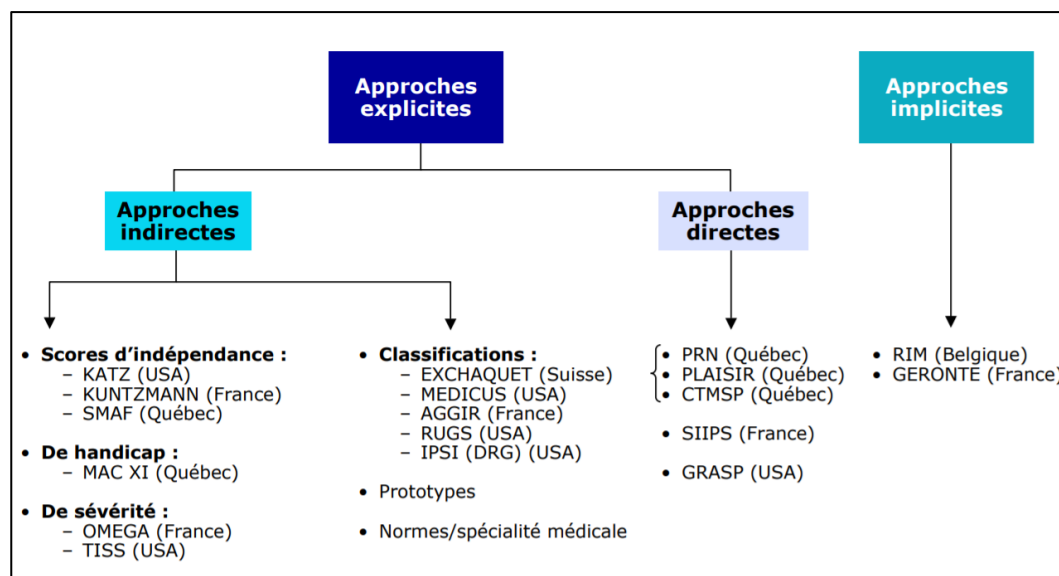


Figure 2 : Classification des outils de mesure des charges en soins (Tilquin, 2003b)

Afin de comprendre au mieux la logique sous-jacente de chaque approche, nous allons reprendre brièvement un outil pour chacune d'entre elles. Le choix s'est porté sur un outil par pays francophone : le RIM, seul outil belge ; la méthode Exchaquet, unique outil Suisse ; le score Omega, validé par le Ministère français de la santé, de la famille et des personnes handicapées (Direction de l'hospitalisation *et al.*, 2003). La France et la Suisse ayant des contextes socio-économiques proches de celui de la Belgique. Enfin, le PRN (Québec) est un outil régulièrement mis à jour (Tilquin, 2003a). Ce choix est également motivé par la méthodologie utilisée par le RESO (Malengreaux, 2017) lors de son étude des plans de promotion de santé. Il est également intéressant de se pencher sur le Nursing Activities Score, outil de mesure qui ne figure pas dans la classification ci-dessus, car il a été traduit et adapté culturellement au système belge (Guerra, s. d.)

1. Le Résumé Infirmier Minimum (RIM)

Le RIM est devenu en 2008 les Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum (DI-RHM). Le DI-RHM (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2017) constitue un registre d'indicateurs de l'activité infirmière. Il est une sous-partie du RHM (qui figure parmi les indicateurs de performance ci-dessous). Il se compose de 78 items reprenant les soins à donner aux patients regroupés en six domaines : Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires, Soins liés aux fonctions physiologiques complexes, Comportement, Sécurité, Famille et Système de santé. Le DI-RHM s'avère un outil de comparaison (entre services et institutions), de gestion, mais aussi d'aide au financement.

En soit, le DI-RHM n'est pas un outil de mesure de la charge en soins mais il peut être exploité comme tel. Les infirmières codent chaque item via un relevé quotidien et par patient. Le regroupement de ces codes donne une estimation de la charge en soins (Delvaux, 2006).

2. La méthode Exchaquet

Les travaux de Nicole Exchaquet et Lina Züblin, cadres infirmiers suisses, avaient pour but de constituer un « guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux généraux » (Mias, 1996). Cette méthode permet une classification de la dépendance vis à vis des actes de la vie quotidienne.

Les soins directs sont déterminés au regard de l'évaluation et de la cotation des 14 besoins de Virginia Henderson. Un score, proportionnel au degré de dépendance des patients, est établi et un temps de charge en soins lui est associé.

Les soins indirects regroupent « les activités relevant des fonctions des soignants accomplies hors de la présence du patient et en relation avec : les soins (préparer le matériel, s'entretenir avec la famille), la gestion du personnel (contrôler, informer), la gestion du service (établir les horaires de travail, le plan de travail) et d'autres activités (boire une tasse de thé à l'occasion d'une pause de travail, attendre le médecin) » (Exchaquet & Züblin, 1980). Ils sont considérés comme fixes, tout comme les tâches hôtelières.

3. Le score Omega

Le score d'activité Omega (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, s. d.) a été créé par la Commission d'Évaluation de la Société de Réanimation de Langue Française à la demande de la Direction des Hôpitaux. Il se veut simple, répertoriant une liste limitée d'actes et répondant aux spécificités des services de réanimation.

Le score Oméga se calcule sur un principe de recensement de 47 actes thérapeutiques, et pendant toute la durée de séjour du patient. Chaque acte est réparti en trois catégories et pondéré (de 1 à 10 points).

- Les actes de catégorie 1, au nombre de 28, ne sont comptés qu'une seule fois, quel que soit le nombre de fois qu'ils sont réalisés durant le séjour du patient (exemple : intubation, pose d'un cathéter sus-pubien).
- Les actes de catégorie 2, au nombre de 11, sont comptabilisés chaque fois qu'ils sont réalisés (exemple : une échographie dans le service, un transport en dehors du service).

- Les actes de catégorie 3, au nombre de 8, sont recensés une fois par jour (exemple : une dialyse, un pansement chirurgical complexe).

4. Le Projet de Recherche en Nursing (PRN)

Le PRN est un système ayant pour finalité une évaluation qualitative et quantitative de la charge en soins (Mias, 1999), en listant les différentes actions de soins requises et leur associant des points convertibles en temps (1 point = 5 minutes). Il a été initié au Québec, par Monique Chagnon, alors directrice adjointe des soins infirmiers à l'Hôpital Sainte Catherine de Montréal, puis développé par l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS).

Les soins directs sont évalués et cotés selon sept rubriques (Respiration, Alimentation-Hydratation, Élimination, Hygiène et confort, Communication, Méthodes diagnostiques, Traitements). Avec le total des points, nous obtenons un score reflétant la classe de dépendance du patient (allant de 1 à 6).

Les soins indirects sont déclinés en plusieurs catégories :

- les communications, auxquelles on associe un temps standard fixe selon la classe de dépendance du patient.
- les déplacements, auxquelles on associe un temps standard fixe par patient et par unité.
- les activités administratives, auxquelles on associe un standard de temps fixé par unité de soins et par semaine en fonction du nombre de patients de l'unité de soins.

5. Le Nursing Activities Score (NAS)

Le NAS et son tutoriel ont été créés en 2003 par le Pr D. Reis Miranda, alors professeur émérite de médecine intensive, spécialité anesthésiologie (centre hospitalier universitaire de Groningen, Pays-Bas). L'outil a été validé dans 99 USI de 15 pays (Reis Miranda & Jegers, 2012). Le NAS est une échelle de mesure des soins infirmiers, rétrospective et indépendante de la sévérité des pathologies des patients (Bruyneel *et al.*, 2018).

Il est composé de 23 items. Les soins directs et indirects n'y sont pas différenciés. Leur méthode de comptage est décrite au Tableau 1. C'est la somme de tous les items qui constitue le score par patient. Celui-ci est exprimé en pourcentage et varie de 0 à 177 % (100 % correspondant au temps de travail d'une infirmière).

Tableau 1 : Items du NAS (Bruyneel et al., 2018)

Items	Méthode de comptage
2. Examens de laboratoire (ex. : biochimiques, microbiologiques)	Choix binaire
3. Médicaments, à l'exception des médicaments vasoactifs	
5. Soins de tous les drains, à l'exception de la sonde gastrique	
9. Support respiratoire	
10. Soins des accès aux voies respiratoires artificielles	
11. Traitement pour améliorer la fonction pulmonaire	
12. Médicaments vasoactifs, quels que soient le type et la dose	
13. Remplissage intraveineux de grandes pertes de volume	
14. Monitoring de l'oreillette gauche avec ou sans calcul du débit cardiaque	
15. Réanimation cardiorespiratoire suite à un arrêt cardiaque, au cours des 24 dernières heures	
16. Techniques d'hémodilution et de dialyse	
17. Mesure de la diurèse horaire	
18. Mesure de la pression intracrânienne	
19. Correction de l'acidose ou de l'alcalose métabolique compliquée	
20. Alimentation intraveineuse	
21. Alimentation entérale par sonde gastrique ou autre voie gastro-intestinale	
22. Intervention(s) spécifique(s) à l'unité des soins intensifs	
23. Interventions spécifiques à l'extérieur de l'unité des soins intensifs	
1. Surveillance et titrage	Choix multiple (3) en fonction de l'état général du patient (sévérité)
4. Procédures d'hygiène et d'asepsie	
6. Mobilisation et positionnement	
7. Soutien et soins aux proches et au patient	
8. Tâches administratives et de gestion	

Le comptage en proportion de temps infirmier permet une meilleure proximité avec la gestion des ressources humaines. La pondération des items a été effectuée selon la méthode *worksampling* ou *des observations instantanées* (Kanawaty, 1996), qui est une méthode utilisée pour connaître la répartition des activités sans passer par une observation ou un chronométrage continu..

L'ensemble de ces outils traite la charge en soins du point de vue du temps alloué pour effectuer les soins. Le NAS se distingue de ces derniers en exprimant la charge de travail en proportion de temps infirmier nécessaire pour prodiguer les soins au patient (Bruyneel et al., 2018) plutôt qu'au travers d'un forfait en heures.

II. Pourquoi s'intéresser aux compétences ?

Jacques Tardif, professeur à l'Université de Sherbrooke et spécialiste de la pédagogie universitaire, définit la compétence comme (Tardif, 2006) « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». Au travers de cette définition se dessinent plusieurs dimensions :

- La complexité induit une articulation, tant interne qu'externe, entre un savoir, un savoir-faire et un savoir-être. De plus, elle fait écho à la complexité des soins et situations auxquelles les soignants sont confrontés.
- Le terme combinaison est foncièrement important dans une équipe pluridisciplinaire.
- L'existence de domaines de compétences y est pointée.

Choisir l'angle des compétences, c'est choisir de valoriser l'humain et le groupe.

A. Les compétences infirmières

Le métier d'infirmier en soins généraux est un métier complexe par la multitude de ses facettes. L'infirmier suit une formation lui permettant d'exercer dans toutes les spécialités de la médecine, il est en contact avec de très nombreux professionnels et avec encore plus de personnes demandeuses de soins. Il n'est donc pas surprenant de lui reconnaître plusieurs catégories de compétences.

L'article 21quinquies de l'arrêté royal 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (Moniteur belge, 1997) et l'article 31 de la directive européenne 2013/55/UE (Journal officiel de l'Union européenne, 2013) définissent les compétences professionnelles du praticien de l'art infirmier. On y retrouve des compétences tant **théoriques**, **techniques** que **relationnelles**. Ces compétences sont exercées de trois manières : pour la plupart en autonomie, en collaboration ou encore sur prescription. En parallèle des savoirs et savoir-faire acquis lors de la formation, la posture réflexive du (futur) professionnel en santé est stimulée. Il en va de sa responsabilité de faire bon usage de ses acquis. Sur base des textes législatifs, le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier a dressé un profil de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux (Tableau 2).

Tableau 2 : Profil de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2015)

Profil de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux
<u>Compétence 1 :</u> Poser un diagnostic infirmier de manière autonome, sur base des connaissances cliniques et théoriques actuelles nécessaires. Planifier, organiser, appliquer et réaliser les soins infirmiers.
<u>Compétence 2 :</u> Assurer une communication professionnelle.
<u>Compétence 3 :</u> Collaborer.
<u>Compétence 4 :</u> Assurer sa responsabilité professionnelle.
<u>Compétence 5 :</u> Responsabiliser les individus, les familles et les groupes afin qu'ils adoptent un mode de vie saine et qu'ils se prennent en charge.
<u>Compétence 6 :</u> Gérer le projet de santé.
<u>Compétence 7 :</u> Analyser, assurer et évaluer la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle.

L'Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur (ARES) de Belgique reprend ces mêmes compétences dans ses grilles d'évaluation en stage des étudiants infirmiers responsables en soins généraux.

Si la prise en charge relationnelle figure dans le référentiel des compétences infirmières, la manière de la mettre en œuvre est fortement influencée par les sensibilités personnelles de l'infirmier. Le terme d'art infirmier n'est pas anodin et comme tout art, il sous-tend des dimensions d'appropriation, de personnalisation et de subjectivité.

Ces dimensions s'expriment librement à travers les **compétences comportementales**², aujourd'hui très valorisées dans le secteur marchand, mais mobilisées depuis des années dans le secteur des soins sous le terme de « savoir-être ». Ce savoir-être regroupe trois types de compétences : son soi professionnel (Boula, 2021), décrit par Jean-Gilles Boula, psychologue et philosophe, ou ses **qualités personnelles** mises au service de sa fonction (Phaneuf, 2013), sa **compétence temporelle** et sa **compétence collective**. Par compétence temporelle

² Ou *soft skills*.

(Bouffartigue & Bouteiller, 2006), nous entendons la capacité à organiser son temps de travail, mais également la capacité à travailler avec la variabilité de ses horaires de travail. La compétence collective (Tardif & Dubois, 2013) est la capacité à travailler en équipe, à collaborer et à mettre ses compétences au service du *travailler ensemble*. La compétence collective vaut plus que la somme des compétences individuelles.

Ces dernières sont difficilement objectivables.

B. Les nouveaux métiers de la santé en première ligne

Depuis plusieurs années, des nouveaux métiers de la santé se développent et permettent une ouverture vers des domaines de compétences plus précis ou complémentaires. Le terme « nouveaux » n'est pas tout à fait approprié ; il existe certes des métiers en émergence comme celui d'Infirmier en Pratiques Avancées ou celui de Coordinateur de soins, mais il existe de nombreux métiers en santé référencés depuis des années et peu sollicités en dehors de secteurs très spécifiques (ergothérapeute, logopède). La nouveauté réside en l'idée de les intégrer à part entière dans une équipe de soins.

Une étude menée par La Fédération des maisons médicales auprès des acteurs de première ligne (De Munck *et al.*, 2011), distingue cinq catégories de fonctions au sein de ces *nouveaux* métiers :

1. « les fonctions qui ont pour objectif de prodiguer des soins globaux à une population générale ;
2. les fonctions qui sont plus « spécialisées » dans un domaine en rapport avec la santé (motricité, santé psychologique ou mentale, maladies chroniques, problèmes de santé spécifiques, nutrition, etc.) ;
3. les fonctions qui font du travail de soutien global, ou du travail délégué, en appui à d'autres fonctions qui offrent des soins globaux à une population générale ;
4. les fonctions managériales ou « d'animation » d'équipe, dont un des objectifs est la coordination ;
5. les fonctions plus centrées sur la promotion de la santé. »

Chacune de ces catégories pourrait trouver sa place dans un service de soins au sein d'une institution hospitalière. Ces nouveaux métiers qui se positionnent comme transversaux entre l'art infirmier et d'autres disciplines, pourraient venir compléter l'offre de soins et la compétence collective. Sur base de la liste de l'Institut de Classification des Fonctions (Institut de classification des fonctions, 2021) et de l'étude menée par la Fédération des maisons

médicales, nous retrouvons un certain nombre de métiers qui peuvent être distribués dans les cinq fonctions précédemment identifiées (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des métiers de la liste IFIC dans les cinq fonctions (De Munck et al. 2011)

Fonctions	Métiers concernés
Soins globaux	- Infirmier en soins généraux - Médecin généraliste - Pharmacien - Collaborateur social - Ergothérapeute - Educateur
Soins spécifiques	- Dentiste - Diététicien - Ergothérapeute - Infirmier en diabétologie - Infirmier en oncologie - Infirmier psychiatrique - Infirmier en soins de plaies - Infirmier en soins palliatifs - Sage-femme - Opticien - Kinésithérapeute - Psychologue - Psychomotricien - Médecin spécialiste
Soutien et travail délégué	- Aide familiale - Aide-soignant - Aide-logistique - Assistant de pratique - Employé transport - Employé entretien ménager - Technicien - Préleveur - Secrétaire - animateur
Managériales	- Infirmier chef - Directeur administratif - Coordinateur de soins - Gestionnaire de projets - Directeur thérapeutique
Promotion de la santé	- Agent à la promotion de la santé - Infirmier en santé communautaire

C. Les compétences des nouveaux métiers de la santé

Il est aujourd'hui admis que la qualité et la sécurité des soins sont soutenues lorsque l'équipe de soins est constituée d'acteurs travaillant efficacement ensemble (Dumas *et al.*, 2016). Dumas, Douguet et Fahmi, chercheurs à l'Institut de Recherche sur les Entreprises et les

Administrations (IREA) et au Laboratoire d'Études et de Recherche en Sociologie (LABERS) de l'Université de Bretagne (France), en étudiant le bon fonctionnement des services de soins, ont même observé que l'équipe la plus performante s'avère être la plus pluridisciplinaire. Ils pointent depuis plusieurs années la nécessité de penser les compétences de l'équipe (Baret *et al.*, 2008) : « un repositionnement des métiers traditionnels de l'hôpital en mettant au cœur la relation : « coordination », « coopération », « collaboration » ... s'impose aujourd'hui, dans la mesure où tous expriment l'idée commune de mise en relation, de travail en commun : là où la spécialisation était une des références majeures à la qualification des métiers hospitaliers, l'exigence de coopération a pris le pas ».

Au regard des compétences infirmières et des fonctions décrites précédemment, certains domaines de compétences se chevauchent sans aucun doute. Comment ? A quel point ? Un travail d'association et de distribution des compétences sera nécessaire pour répondre à ces questions. Avant cela, il faudra détailler les compétences et entrer également dans le détail des fonctions, ce dans l'intention de créer des **profils de compétences**.

III. L'apport de la Supply Chain Management de la santé

Le secteur marchand évalue la qualité de ses services, de manière quantitative comme qualitative notamment grâce à la Supply Chain Management. La Supply Chain Management (SCM) pense et se développe en ces termes : mobiliser les ressources pertinentes pour une situation donnée. Il existe tout autant de définitions de la SCM qu'elle a de domaines d'application. La plus complète est peut-être celle du Council of Supply Chain Management Professionals (Le Moigne, 2017) :

« le supply chain management comprend la planification et la gestion de toutes les activités impliquées dans le sourcing³ et l'approvisionnement, la transformation et toutes les activités logistiques. Il inclut également la coordination et la collaboration avec des partenaires qui peuvent être des fournisseurs, des intermédiaires, des prestataires et des clients. Le SCM est une fonction d'intégration dont le rôle principal est d'intégrer les différents métiers et les différents processus dans et entre les entreprises au sein d'un modèle cohérent et performant. Il

³ « Le sourcing focalise sur la recherche, la localisation et l'évaluation des fournisseurs à travers une prospection minutieuse. Le but étant de trouver des produits au meilleur rapport qualité/prix et dans les meilleurs délais. » (Petite Entreprise.net, 2013)

inclut toutes les activités de gestion de la logistique citées ci-dessus ainsi que les opérations de production, et pilote la coordination des processus et des activités au sein et entre le marketing, les ventes, le développement produit, la finance et les technologies de l'information »⁴

La SCM participe à la performance de la structure ; elle est aujourd'hui un pivot pour garantir une qualité de service et s'impose comme un soutien dans les activités quotidiennes (Fender & Baron, 2012). En plein essor dans le secteur marchand, elle a trouvé sa place dans le secteur hospitalier. La SCM s'est présentée comme une réponse aux transformations organisationnelles orientées vers la réduction des coûts que connaît le secteur des soins de santé depuis plusieurs années.

La SCM de la santé est définie comme (Bentahar & Benzidia, 2019) « une stratégie de management agile des flux patients, physiques (pharmacie, ligne, restauration, déchets) et informationnelles, en allant du fournisseur jusqu'aux utilisateurs finaux, afin de créer une valeur durable pour le patient ». Les flux sont donc nombreux, presque que tout autant que les activités de soins qui en résultent. Tout cela rend la SCM de la santé assez complexe. Et pourtant elle pourrait réconcilier les intérêts des professionnels de santé et ceux du management : harmoniser la logique quotidienne orientée vers des soins individuels et individualisés avec la logique administrative axée sur les contrôles et les standards.

La définition de la SCM de la santé peut donc parfaitement être transposable dans la gestion des ressources humaines et le maintien du flux de compétences. La notion de « valeur durable pour le patient » trouve toute sa justesse dans la qualité des soins.

L'agilité peut se retrouver dans l'idée d'adapter les modèles d'équipes paramédicales et dans la coopération inter-métier, mais également dans le fait d'adopter des outils de la SCM.

A. Utilisation de l'OTIF

Parmi ces outils, il en existe qui évaluent la performance de la Supply Chain.

L'OTIF - On Time In Full - est un indicateur clé qui permet de mesurer la capacité de la Supply Chain à délivrer un **produit conforme, qualitativement et quantitativement**, au client. C'est donc un indicateur qui est orienté vers le client et non vers les objectifs internes de la Supply Chain, ce qui est en totale corrélation avec la qualité des soins.

⁴ Traduit de https://cscmp.org/CSCMP/Educate/SCM_Definitions_and_Glossary_of_Terms.aspx

De plus, la notion de capacité est importante car elle induit qu'il faut bénéficier de moyens financiers, de moyens techniques, de moyens humains, de temps et d'espace.

Trois dimensions sous-tendent l'OTIF (Fender & Baron, 2012), que nous pouvons d'ores et déjà relier à l'évaluation d'un service de soins.

1. La capacité de la Supply Chain à tenir son engagement : respect des missions de l'institution de soins.
2. La réactivité perçue par le client : la qualité des soins perçue par le patient.
3. La capacité de réponse de la Supply Chain : l'organisation et les ressources du service de soins.

Concrètement l'OTIF en SCM est défini comme tel (Fender & Baron, 2012) :

$$OTIF = \frac{\text{nombre de commandes livrées conformes}}{\text{nombre total de commandes livrées}}$$

Cette formule semble simple, mais toute sa complexité se situe au niveau de la notion de **conformité**. Elle doit être définie en fonction des besoins des clients. Aussi chaque conformité est unique : elle s'organise à minima autour de 5 grandes données (précisées dans la Figure 3), mais peut être complétée par d'autres (Fender & Baron, 2012).

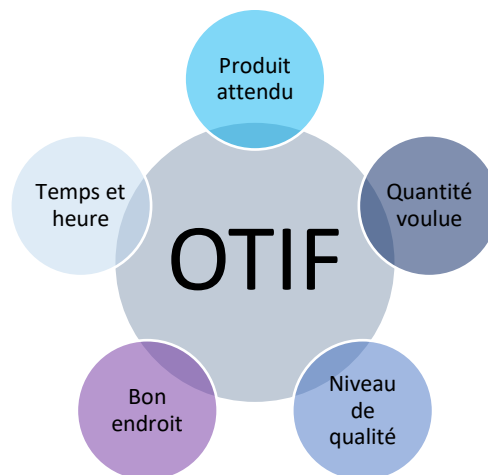


Figure 3 : Données composantes de l'OTIF (Tonnelier, 2022)

Chacune de ces données sera précisée à travers des indicateurs clé de performance (ICP) propres à la situation. Un ICP est (Toucan Toco, 2021) un « indicateur chiffré qui permet de suivre l'efficacité d'une action par rapport à des objectifs définis ». Un ICP est donc toujours contextualisé et mesurable.

Il est important de déterminer le degré de tolérance de mesure pour chacun de ces indicateurs ainsi qu'une graduation de conformité en fonction de l'écart par rapport à la référence.

Prenons l'exemple de la commande hebdomadaire de 3000 boîtes de gants en vinyle bleu taille S, 3000 boîtes de gants en vinyle bleu taille M et 2000 boîtes de gants en vinyle bleu taille L. Cette commande est attendue tous les mardis à 06h30 au quai de livraison 3.

La conformité repose sur le nombre de boîtes de chaque taille de gants, le lieu de livraison, l'heure de livraison, l'adéquation des types de gants et l'intégrité des boîtes de gants. La graduation de conformité peut alors être définie ainsi pour l'heure de livraison : une commande livrée avec 3h de retard sera évaluée à 75%. Et la commande est considérée comme non conforme en dessous de 75%.

Une fois que l'OTIF, sa date et son périmètre d'analyse sont bien définis, la formule précédente peut être appliquée. Elle nous donne trois types de solution possible (Fender & Baron, 2012) :

- OTIF < 1 : la Supply Chain n'est pas performante. Le degré de tolérance est très important. Un OTIF de 0.8 peut très bien être suffisant et adapté dans certaines circonstances.
- OTIF = 1 : la Supply Chain tient ses engagements en termes de performance.
- OTIF > 1 : la performance de la Supply Chain est au-delà des attentes. Ici, cela sous-entend qu'il y a trop de ressources allouées et nous nous retrouvons dans une logique de gaspillage (de ressources humaines, financière ou matérielles).

B. Penser la transposition de l'OTIF

En pensant en termes de compétences, l'OTIF devient le **Skills-OTIF** ou **SOTIF**. C'est alors la capacité d'un service de soins à délivrer une *compétence* conforme quantitativement et qualitativement au regard de ce que réclame la charge en soins, que nous évaluerons.

Sa formule est la suivante :

$$SOTIF = \frac{\text{compétences nécessaires à la prise en charge de tous les patients du service}}{\text{compétences totales disponibles dans le service}}$$

- Pour un SOTIF < 1 : la charge en soins est excessive dans la configuration actuelle, l'organisation du service n'est pas efficiente.
- Pour un SOTIF = 1 : ressources et charge en soins s'équilibrent.
- Pour un SOTIF > 1 : l'offre de soins du service est sous-utilisée, le service est sur-attribué en termes de ressources.

C. La charge en compétences

Ces compétences nécessaires à la prise en charge de tous les patients du service représentent, ce que nous nommerons, la **charge en compétences** du service.

1. Comment déterminer cette charge en compétences ?

Pour ce faire, il faudra définir et détailler un certain nombre de compétences. Ces compétences seront distribuées et pondérées dans les activités et objectifs de soins.

Dans un premier temps, il faut partir de l'existant : utiliser les outils traitant de la charge en soins. L'objectif n'est plus d'allouer un « forfait temps » aux activités de soins, mais un « **forfait compétence** ».

L'OTIF induit une notion de conformité définie par les besoins du client. Dans le cadre de soins au patient, deux besoins sont identifiés (ASBL Centre d'Education du Patient, 2016) : la qualité et la personnalisation. Afin d'y répondre, il est nécessaire de faire entrer la notion d'objectifs de soins. Les compétences nécessaires à l'atteinte de ces objectifs seront identifiées.

2. Comment déterminer la conformité de la charge en compétences ?

Inclure une notion de « Profil Patient », définit sur base des objectifs et des activités de soins est une solution pour penser la conformité sous-tendue par le SOTIF. **A chaque profil pourra être associée une charge en compétences.**

3. Calcul du SOTIF

Le calcul du SOTIF intervient une fois la charge en compétences déterminée. Le résultat fera état de la situation du service à un moment donné.

4. Comment utiliser la charge en compétences ?

Prenons le cas où le SOTIF est inférieur à 1 : il faudrait pouvoir décortiquer la charge en compétences, pour regarder quelles compétences et/ou association de compétences sont manquantes.

Au préalable, des profils de compétences auront été dressés, pour un nombre encore non défini de fonctions de soins.

Via une matrice ou une grille de lecture, il sera alors facile d'identifier les fonctions manquantes.

IV. Qu'est-ce qu'un « Profil Patient »

Etablir une classification des malades est une préoccupation sociétale depuis au moins 50 ans (Naiditch, 1990). En premier lieu pour des préoccupations économiques, mais des classifications dont l'orientation est plus médicale voient peu à peu le jour au travers, par exemple, des programmes de soins. Les deux orientations étant régulièrement pensées en même temps, comme dans le travail de clustering du KCE ou dans le modèle NRGnew, dernières classifications en date éditées et/ou usitées en Belgique. La logique inhérente aux trois exemples sus-cités, de classification des malades, vont être décrits plus en détails ci-dessous.

A. Les programmes de soins

Les programmes de soins sont organisés autour d'une équipe pluridisciplinaire ayant les compétences pour répondre aux besoins d'un profil spécifique. Ils sont axés sur des groupes de patients qui présentent une pathologie spécifique ou sur un aspect organisationnel d'une institution (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2016), permettant de déployer un objectif de prise en charge personnalisé.

Il existe actuellement plusieurs programmes de soins (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2019) :

- Le programme de soins *pathologie cardiaque*, adressé aux patients présentant des troubles du rythme cardiaque ou une insuffisance cardiaque. Il comporte plusieurs sous-parties liées à différents types de traitements : procédures invasives ou interventionnelles, électrophysiologie, placement d'un pacemaker, transplantation cardiaque.
- Le programme de soins *médecine de la reproduction*, qui englobe les activités liées à la Procréation Médicale Assistée.
- Le programme de soins pour le *patient oncologique*, composé en deux volets : une version « de base » et une version plus spécialisée (notamment pour le cancer du sein).
- Le programme de soins *pour enfants*, axé sur la prise en charge des maladies chez les enfants et prévoyant un encadrement, une infrastructure comme des équipements parfaitement adaptés aux besoins des enfants.
- Le programme de soins pour le *patient gériatrique*, s'adresse à la population de patients gériatriques ayant les caractéristiques décrites à l'article 3 de l'Arrêté Royal du 29 janvier 2007 (Wallex, 2014) :

- Souffrir de plusieurs maladies ou d'une maladie chronique ;
- Prendre de nombreux médicaments ;
- Être à risque de présenter une réponse différente aux médicaments ;
- Être à risque de se dénutrir ;
- Être à risque d'avoir besoin d'aide pour les activités quotidiennes ;
- Être à risque de présenter des difficultés psychologiques et sociales ;
- Être à risque de chutes.

Le programme est axé sur une évaluation gériatrique globale et sur la revalidation du patient gériatrique en collaboration étroite avec les professionnels de la première ligne.

- Le programme de soins pour les soins de *l'accident vasculaire cérébral*, subdivisé en 2 sous-programmes : l'un comportant des soins non invasifs, l'autre visant les traitements à caractère invasif.

B. Clustering des séjours d'hospitalisation

Le KCE a travaillé sur un clustering des patients selon leurs pathologies et leurs types de séjours hospitaliers, ce dans l'optique de la réforme du financement des hôpitaux.

Les données utilisées pour déterminer les clusters sont de différentes natures : les données du DI-RHM, les données de facturation des hôpitaux et les données de la cellule technique de traitement (KCE Rapport 270B, 2016). Parmi ces données, des variables ont été sélectionnées (Tableau 4). L'objectif du clustering est de classer les hospitalisations, regroupées par APR-DRG-SOI⁵, en trois clusters à partir de ces variables.

⁵ All Patient Refined Diagnosis-Related Group – Severity of Illness : classement médical des patients selon leur diagnostic médical et la gravité de la maladie.

Tableau 4 : Variables d'analyse (KCE Rapport 270B, 2016)

Variable	Unité	Description
Remboursements	euro	• somme de tous les remboursements par séjour • excluant les forfaits BMF • extrapolant la partie à l'acte pour la biologie clinique, l'imagerie médicale et les produits pharmaceutiques
Durée de séjour	jours	durée de séjour pour les hospitalisations classiques
Age	années	âge à l'admission
Genre		homme ou femme
Type d'admission		• inconnu • admission planifiée • à l'hôpital de jour • transfert/ retour • admission involontaire • nouveau-né • admission urgente (recodé à un niveau de service d'urgence, ambulance, service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), team d'intervention paramédicale (PIT), urgence sans passer par le service d'urgence) • séjour de longue durée
Réadmission		est-ce que le séjour est une réadmission dans l'année dans le même hôpital?
Décès		le patient est-il décédé?
Chapitre ICD-9-CM		diagnostic principal du séjour recodé au chapitre

Un bon cluster est un cluster dont les points sont fortement connectés et qui présentent une allure compacte. Il est également clairement séparé des autres clusters.

Trois clusters d'hospitalisation classique sont finalement définis au regard de la proportionnalité entre la durée de séjour et du remboursement du séjour. Mais la qualité de ces clusters est contestable, car ils ne s'avèrent pas bien séparés (KCE Rapport 270B, 2016).

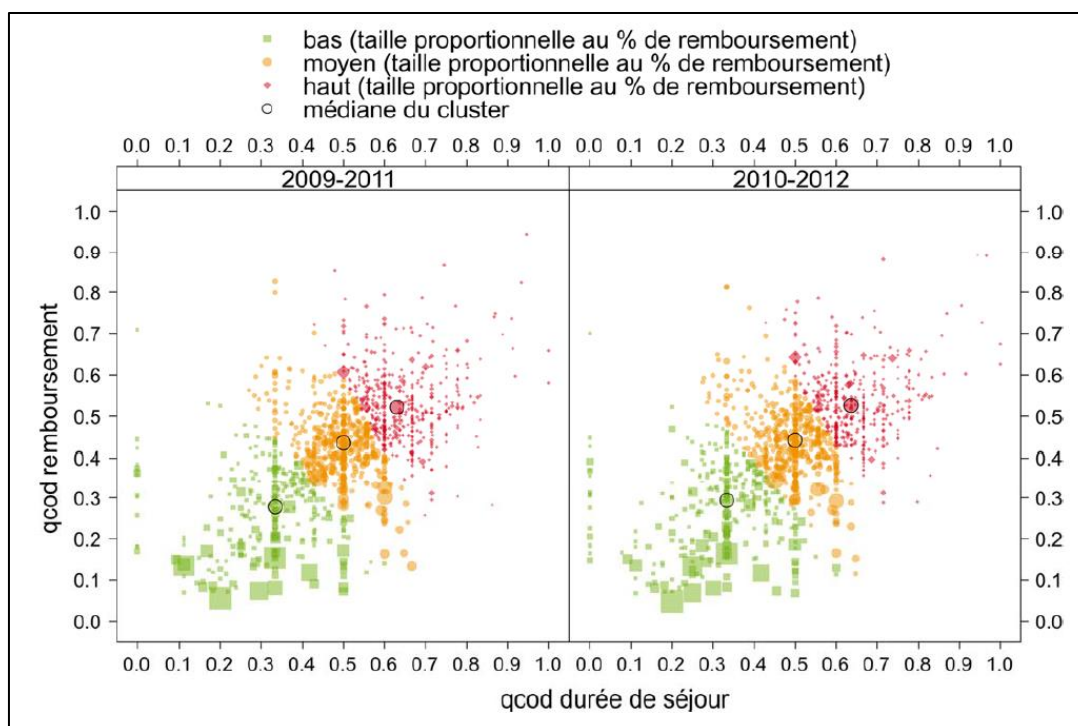


Figure 4 : Variabilité par APR-DRG-SOI pour les séjours classiques (KCE Rapport 270B, 2016)⁶

C. Le modèle NRGnew

Le modèle NRG ou Nursing Related Groups est à la fois un outil d'analyse des pratiques de soins pour chaque hôpital et un outil d'aide au financement des soins infirmiers. Alors qu'il est question des diagnostics médicaux dans la classification DRG (utilisée dans le clustering du KCE), chaque groupe ou NRG représente un ensemble d'épisodes de soins au cours desquels des soins similaires sont administrés aux patients, sur base de données extraites du DI-RHM, permettant ainsi d'obtenir une vue globale des profils de soins (Marchand *et al.*, 2019).

Le modèle NRGnew a pour objectif d'inclure, aux NRG, la technicité et la lourdeur des soins pour obtenir des groupes plus homogènes au niveau des profils de soins infirmiers (Marchand *et al.*, 2019).

Les labels des NRGnew, se décomposent comme suit (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement & Service data et informations stratégiques - DGGS, 2019) :

- Le groupe de soins. L'attribution à un groupe de soins se fait en fonction de deux éléments : le degré de technicité des soins et le poids des soins de base.

⁶ QCOD : *quartile coefficient of dispersion* ou *coefficient de variation interquartile*, statistique descriptive qui mesure la dispersion et qui est utilisée pour effectuer des comparaisons au sein et entre des ensembles de données.

Tableau 5 : Groupes de soins (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement & Service data et informations stratégiques - DGGS, 2019)

Label Care Groups		1. Degré de technicité (domaine 2)	2. Soins de base (domaine 1)
HT	High Technical Care	+++	
MT	Middle Technical Care	++	
HB	High Basic Care	+/-	++
MB	Middle Basic Care		+/-
LB	Low Basic Care		-

- Le rang au sein du groupe de soins, basé sur les points temps-compétences. Chaque NRGnew au sein d'un groupe de soins reçoit un score supplémentaire en fonction de la « charge de soins générale » en termes de temps et de niveau de compétence associés.
- Le groupe-temps : chaque épisode de soins est attribué à un des 6 groupes-temps en fonction de sa durée réelle, un épisode de soin n'y excédant jamais 24h.
- La technicité des soins fournit une estimation de la quantité de « soins techniques ». Ce score est compris entre 0 et 10, 0 étant le minimum, et 10 le maximum.
- L'intensité des soins de base est également exprimée sous forme d'un score entre 0 et 10.

V. Conclusions méthodologiques intermédiaires

Nous avons mis en lumière plusieurs données pouvant s'avérer essentielles à notre démarche.

- La charge en soins, point de départ de notre réflexion, est calculée de différentes manières mais son résultat est toujours exploité en « forfait temps ».
- Le profil de compétences : plusieurs professionnels gravitent autour du patient et de sa santé, chacun possède son domaine de compétence propre mais ils partagent également de nombreuses compétences communes.
- La charge en compétences : elle représente la somme des compétences que la charge en soins du service demande.
- Le Profil Patient : pensé en termes d'échelles de dépendance dans certains scores de charge en soins, au regard de certaines données administratives ou de la technicité des soins, il est plutôt orienté *parcours et objectifs de soins* dans le cadre des programmes de soins.

Le schéma suivant (Figure 5) établit comment ces données pourraient s'articuler entre elles afin d'obtenir un diagnostic du besoin en compétences d'un service de soins.

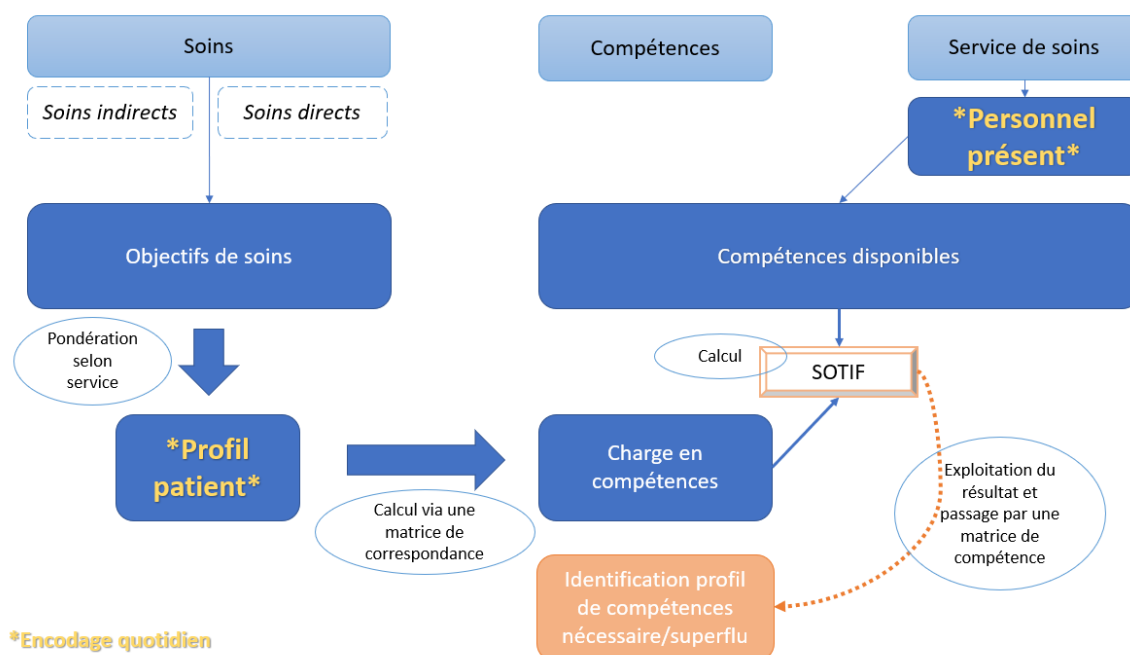


Figure 5 : Méthodologie de construction et d'exploitation du SOTIF (Tonnelier, 2022)

Cette méthodologie présenterait les avantages suivants :

- Elle possède une version simplifiée pour une utilisation quotidienne rapide. Seules deux données seraient à encoder : les Profils des patients pour les lits qui sont occupés et la composition de l'équipe de soins.
- Elle laisse la possibilité de réaliser des audits précis et de mettre à jour les Profils Patient en intervenant sur la pondération des objectifs.

Certains points d'attention sont d'ores et déjà à prendre en considération :

- Le choix et le nombre des compétences utilisées pour les profils de compétences.
- Le choix et le nombre des Profils Patient.

Il est maintenant temps de choisir un périmètre de travail et de confronter cette méthodologie aux données du terrain.

PARTIE II : Cadre institutionnel et périmètre de travail

J'ai choisi d'effectuer ce travail au sein des Cliniques Universitaires Saint Luc (CUSL).

I. Motivations

Mes motivations, quant au choix de l'institution, sont multiples. J'ai sollicité, dans le cadre de travaux précédents, les Ressources Humaines et la Direction Infirmière des CUSL, et j'ai reçu des réponses rapides et un excellent accueil. Mon expérience positive me fait penser que ma démarche aura des chances de rencontrer des personnes ressources.

Je suis infirmière au sein des CUSL. J'ai pour espoir que le travail que je réalise actuellement pourra être utile aux CUSL.

Avec pour objectif principal celui de favoriser l'innovation organisationnelle, les CUSL cherchent à mettre en place un système de management orienté vers le respect et l'esprit d'équipe (Philippe, 2009). Aussi, je pense que la logique de mon travail peut faire écho à cette approche.

D'autant que les CUSL sont dans une dynamique de redistribution des responsabilités : les gestionnaires de projets infirmiers mènent actuellement plusieurs enquêtes pour identifier les activités qui peuvent être réalisées par d'autres professionnels que des infirmiers ; les Cliniques organisent la formation des aides-soignantes au regard de l'actualisation des actes délégués décrits dans l'Arrêté Royal du 27 février 2019.

Enfin, j'ai une véritable opportunité tant dans l'accessibilité au terrain que dans l'accessibilité aux données à travers le modèle CELLS et plus précisément le groupe de travail US (voir ci-dessous).

II. Carte d'identité

Au travers de leurs valeurs (Cliniques universitaires Saint-Luc 2021), nous pouvons observer que les CUSL s'orientent vers une dynamique dans laquelle le SOTIF pourrait trouver sa place :

- L'ouverture au changement : polyvalence, accueil favorable des nouveaux outils, écoute de la parole des patients en sont les maîtres-mots.
- La responsabilité : dans une logique d'anticipation, de suivi et d'autonomie.

- La coopération : pour promouvoir l'entre-aide et valoriser les compétences.
- Le respect : qui encourage la considération des personnes et des compétences.
- La qualité et l'excellence : qui demande une amélioration constante des processus.

De plus, la direction des soins infirmiers, à la lumière de l'étude KCE sur la Dotation infirmière pour des soins plus sûrs, revoit actuellement sa manière de penser une équipe de soins et attendent beaucoup de l'implémentation de leur Electronic Medical Record (projet Trajet Patient Intégré et Informatisé) dans la coopération et de la mesure de la charge de travail.

Dans cette étude (KCE Rapport 325, 2019), les CUSL se positionnent :

- 32% des infirmiers disent ne pas pouvoir effectuer tous leurs soins cliniques quotidiens.
- 38% des infirmiers sont insatisfaits de leur travail.
- 36% des infirmiers déclarent vouloir quitter leur poste dans l'année.

A. La gestion des compétences

Le support d'évaluation (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2016), durant toute l'année suivant une prise de poste (pour un contrat à durée indéterminée) au sein du Département Infirmier (DI), est construit autour de 6 compétences, chacune déclinée en plusieurs capacités :

- Concevoir un projet de santé ;
- Assurer des prestations de soins ;
- S'engager dans un développement professionnel ;
- Assurer une communication professionnelle ;
- Manager les activités et les soins ;
- Comportements Savoir-être et Savoir devenir au sein de l'équipe de l'institution.

Une fois la période d'essai terminée, un entretien de progrès (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2019) est réalisé maximum tous les trois ans. La partie qui concerne les compétences n'est alors qu'un item parmi trois, dont les objectifs et un état des lieux sur la satisfaction et le comportement du collaborateur.

Les compétences sont plutôt suivies sur un second document : la matrice des qualifications, nommée *heatmap des compétences* au sein des CUSL, mise en place suite à l'Accréditation Canada International. Elle prend la forme d'un tableau regroupant en abscisse toutes les compétences techniques au sein du service de soins et en ordonnée la liste du personnel soignant (Figure 6). Un code couleur va être associé à chaque niveau de maîtrise, ce qui va permettre de

cartographier les compétences de chaque individu composant l'équipe. Chaque matrice est donc contextualisée à l'activité de soins.

Qualification Matrix 3 X 3										
Service	Formation Continue									Situation : / /
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Activités										
										Nombres d'activités maîtrisées par collaborateur/trice suivant le critère A (Objectif : min. 3)
Personnel										
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
Nombre de collaborateurs/trices qui maîtrisent l'activité suivant le critère A (objectif : min 3)										
TOTAL										
Légende										
A : maîtrise l'activité et sait l'apprendre aux autres (4 points)										Nombre d'activités suiv. A
B : maîtrise l'activité / le processus (3 points)										Nombre de collab.suiv. A
C : ne maîtrise pas l'activité (1 point)										Nombre de points (TOTAL)
D : veut apprendre l'activité (2 points)										Si tous les collab. = A
										Standard 3X3 ? OK / NOK

Figure 6 : Matrice des qualifications (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2020)

B. L'outil Charge de travail

L'outil Charge de travail est un outil interne construit en 2006 par un comité d'experts composé de cadres infirmiers et d'infirmiers chefs (Durbecq & Debelle, 2007). Le choix des CUSL de construire son propre outil se justifie en trois points :

- le désir d'un outil simple au vu du nombre important des items dans les outils existants,
- le désir d'équilibrer les ressources humaines,
- posséder un outil en adéquation avec les valeurs de l'institution.

Il a été construit comme suit :

- les soins directs sont divisés en 11 items et chaque item possède sa pondération propre.
 - Patient confus-agité
 - Patient > 80 ans
 - Patient dépendant
 - Prise de sang et/ou pose de cathéter
 - Remontée des soins intensifs/remontée QOP
 - Entrée, sortie, transfert
 - Antibiothérapie IV ou #24h
 - Patient sous contrôle glycémique
 - Techniques de soins nécessitant plus de 15 minutes

- Isolement
- Autres surveillances rapprochées
- les soins indirects ont été évalués de manière forfaitaire par service.

Les ressources humaines sont également encodées et mises en balance avec la charge en soins calculée afin d'obtenir un score permettant d'identifier les unités en difficultés. L'outil Charge de travail est utilisé quotidiennement par tous les infirmiers chefs afin de faire leurs demandes de renfort auprès de l'équipe mobile. Cet outil donne une tendance et ne satisfait plus la direction du DI (Fontaine, 2021).

Il ressort des entretiens réalisés auprès de la direction infirmière (Boulanger, 2021; Fontaine, 2021) des CUSL et du bilan sur l'année 2020 de l'utilisation des ressources mobiles (Fontaine & Dumitreasa, 2020) que la charge de travail est la raison principale de l'affectation du personnel de l'équipe mobile dans les unités de soins (à raison de 66%).

C. Le DI-RHM et le Dossier Patient Informatisé

Les CUSL passent en 2020 au Dossier Patient Informatisé, en s'équipant de la plateforme TPI² (Trajet Patient Intégré et Informatisé) fournie par EPIC.

Cette plateforme permet de centraliser et d'uniformiser les informations liées aux soins apportés au patient (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018b). Nous y retrouvons donc désormais les données du DI-RHM. Les CUSL cherchent à exploiter ces données afin de remplacer leur outil Charge de travail.

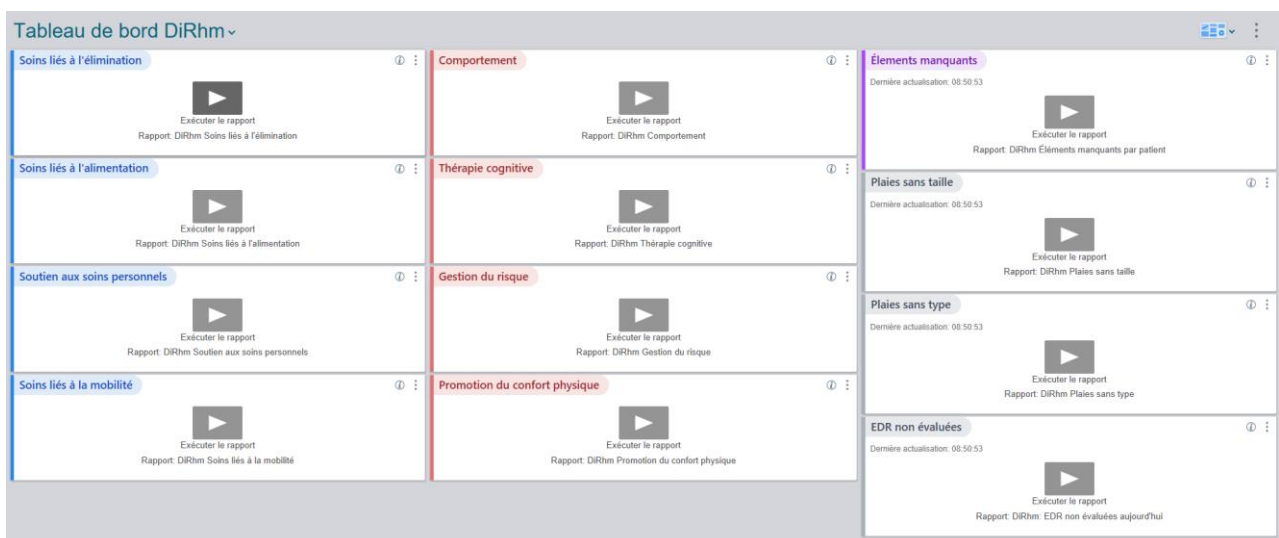


Figure 7 : Tableau de bord Epic du DI-RHM (Trajet Patient Intégré et Informatisé, 2020)

Les hôpitaux américains, qui utilisent le logiciel EPIC, calculent le Nursing Workload Acuity⁷ (Petrich, 2017) en fonction de la présence d'ordonnances et de la documentation infirmière, ce pour chaque dossier patient. Ce score est constitué de plus de 180 items relatifs aux activités infirmières. Ces items peuvent être répartis en 9 catégories :

- Admission
- Activités de la vie quotidienne (catégorie qui indique le niveau d'assistance dont le patient a besoin)
- Ordonnances (des soins, surveillances, administration de traitements non médicamenteux)
- Médicaments (catégorie qui s'intéressent particulièrement aux modalités d'administration et au temps de préparation)
- Evaluations (comprennent par exemple la prise des paramètres vitaux)
- Soins de cathéters et de drains
- Soins de plaies
- Risques (la charge de travail inhérente repose sur la prévention des risques encourus par le patient)
- Sortie

La validité d'un tel score est donc dépendante du bon remplissage du dossier par l'équipe infirmière. Ce score, à l'instar des outils de charge en soins précédemment présentés, se pense en termes de « forfait temps ».

Les CUSL étudient actuellement ce score et ses items dans l'intention de les utiliser (Boulangier, 2021).

III. Le projet CELLS

Face à la pénurie infirmière et dans la dynamique de l'Hôpital 2025 (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2021a), le DI cherche des solutions pour continuer de prodiguer des soins de qualité. Il s'est posé les questions suivantes (Groupe de travail communication CUSL, 2021) :

- Quel travail pourrait être accompli par d'autres membres de l'équipe de soins ?
- Quel travail pourrait-être automatisé ?

⁷ Score de charge de travail en soins infirmiers.

- Quel travail pourrait être diminué ?
- Est-ce que la composition de l'équipe permet à chacun d'exercer le « top de son art » ?

Pour répondre à ces questions il lance en mars 2021 le projet CELLS.

Son objectif est de faire évoluer le modèle des équipes de soins, actuellement pyramidale vers une structure cellulaire où les différents éléments sont en interrelation.

Le projet CELLS cherche à ré-évaluer les soins et la composition des équipes ; normaliser le flux de travail des équipes de support ; former les infirmières et développer la volonté de déléguer ;

optimiser la compréhension interprofessionnelle du rôle infirmier ; étendre les prises de décisions cliniques des infirmières pour procurer des soins au patient au moment opportun.

Les CUSL ont décidé de construire leur modèle CELLS autour du poste d'infirmier coordinateur clinique.

Son organisation se fait en quatre silos/groupes de travail :

- (1) Le Groupe de Travail Ressources Humaines, qui va : clarifier le rôle de l'infirmier coordinateur clinique (ICC) par rapport aux rôles d'infirmier de première ligne, d'infirmier chef adjoint (ICA) et d'infirmier chef de service (ICS) ; revoir et rédiger les descriptions de fonctions des membres de l'équipe de soins.
- (2) Le Groupe de Travail Communication, qui tout au long du projet va personnaliser la communication pour chaque partie prenante.
- (3) Le Groupe de Travail Indicateurs, qui va définir et modéliser les indicateurs à court et moyen termes (indicateurs financiers et gestion du changement).
- (4) Le Groupe de Travail Unité de Soins (US) Pilote, qui va présenter le projet à l'équipe de soins, faire participer l'équipe de soins à la construction du modèle et tester le modèle.

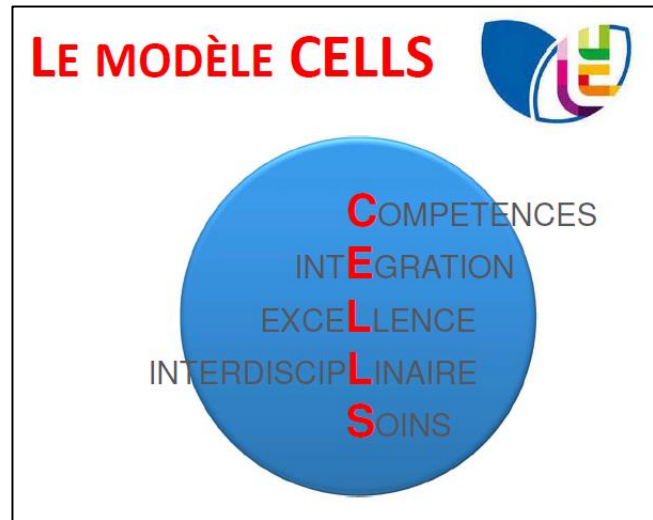


Figure 8 : Le modèle CELLS (Groupe de travail communication CUSL, 2021)

A. Services choisis pour le projet CELLS

Le choix des US a suivi tout un processus (Mertens, 2021). Dans un premier temps un pré-choix a été effectué par le comité de pilotage du projet, composé de Renaud Mazy (Administrateur délégué des CUSL), Joëlle Durbecq (Directrice du Département Infirmier), Isabelle Hennequin (Directrice des Ressources Humaines), Pascale Cornette (Gériatre et médecin chef de service) et Jean-Marie Boulanger (Directeur adjoint du Département Infirmier). Il a été décidé que le projet serait mis en place dans une unité d'hospitalisation.

Ensuite, les secteurs « spécifiques » ont été éliminés. Par secteurs spécifiques, ce sont tous les secteurs où la population d'infirmiers spécialisés est majoritaire (exemple : les unités de soins intensifs).

Enfin trois éléments étaient importants : le choix du service doit permettre une transposabilité, les équipes doivent être au cadre car il est difficile de mettre en projet une équipe en sous-effectif, et il faut avoir l'adhésion des infirmières chefs et de la cadre de filière au projet.

Au final, deux unités de soins ont été choisies pour mener à bien ce projet : le 63 (cardiologie) et le 64, (cardiologie interventionnelle).

B. Le Groupe de Travail US

Le groupe de travail US est dirigé par Caroline Mertens, cadre infirmière de la filière cardiovasculaire. Il est composé de deux autres cadres infirmières de filières, des infirmières chefs des unités 63 et 64, d'un gestionnaire de projets infirmiers, d'un Human Resource Business Partner (HRBP) et d'un spécialiste (externe) gestion du changement.

Ses objectifs sont les suivants : réunir les équipes de soins via des focus groupe pour identifier les besoins des équipes et réaliser une « photo de l'équipe de soins », sur cette base créer un nouveau modèle d'équipe autour du poste d'infirmière coordinatrice de soins, opérationnaliser et construire le planning de ce nouveau modèle.

IV. Périmètre de travail pour ce mémoire

Les équipes de soins intégrées au projet CELLS sont une ressource pour les étapes de transposition de l'OTIF. Elles sont dans une dynamique participative, de plus leur management leur octroie du temps pour contribuer aux réunions. Elles ont reçu les informations relatives aux missions d'une infirmière coordinatrice de soins et d'un gestionnaire de projets infirmiers.

Pour la réalisation de ce mémoire, nous avons besoin d'une unité de soins où calibrer et tester le SOTIF : c'est l'unité 63 des CUSL qui a été choisie. Depuis la sélection des deux services, cités ci-dessus, par le comité de pilotage du projet CELLS, les unités 63 et 64 ne sont plus au cadre, comme la quasi-totalité des services de soins. L'unité 63 est celle qui souffre le moins du manque d'effectif.

L'intervention sur le terrain se résumera en deux passages dans le service en mars et en avril 2022 pour procéder à la calibration des Profils Patient (PARTIE III - II. Profils Patients).

A. L'unité 63

L'unité 63, unité d'hospitalisation en cardiologie comporte 28 lits dont 8 bénéficient d'un appareil de télémétrie⁸.

L'équipe de soins est composée de 15 infirmiers soit 12.55 ETPs, 6 aides-soignants soit 2.55 ETPs, une infirmière chef à temps plein et une aide-logistique à 50%.

La charge de travail, du point de vue infirmier, est répartie ainsi :

- 7 à 8 patients par infirmier le matin,
- 10 à 12 patients par infirmier l'après-midi,
- 28 patients par infirmier la nuit.

La charge de travail, du point de vue aide-soignant, est répartie ainsi :

- 28 patients par aide-soignant le matin,
- 28 patients par aide-soignant l'après-midi,
- Pas d'aide-soignant la nuit.

⁸ « La télémétrie est une technologie utilisée pour la surveillance en temps réel et en continu du rythme cardiaque chez les patients à risque d'arythmie. » (CHU de Québec-Université Laval, 2017)

PARTIE III : Construction et composition du SOTIF

I. Profils métiers-compétences

Les profils métiers-compétences qui vont être construits cherchent à définir tous les métiers de soins présélectionnés au regard de rubriques partagées de compétences. Une telle définition va nous permettre de résumer les informations au travers d'une matrice.

A. Les métiers

La Fédération des maisons médicales ayant réalisé un recensement détaillé des acteurs de première ligne en Belgique (De Munck *et al.*, 2011), nous partirons de leur liste pour sélectionner les métiers qui seront étudiés plus en détails dans la construction du SOTIF. Ce choix est motivé par plusieurs éléments. Tout d'abord pour la dimension exhaustive de leur travail, qui a recensé 148 fonctions. Ensuite une sélection plus détaillée est justifiée par le panel d'experts au regard des enjeux de santé de la Belgique (Munck *et al.*, 2011), notamment la pénurie infirmière. Enfin, cette étude a été réalisée en gardant pour ligne directrice secondaire la notion que certaines fonctions viennent ou devraient venir en appui aux autres fonctions.

Tableau 6 : Choix des métiers sur base du Tableau 3 (Tonnelier, 2022)

Fonctions	Métiers sélectionnés	Métiers non-sélectionnés	Ajout
Soins globaux	- Infirmier en soins généraux - Collaborateur social - Ergothérapeute - Educateur	- Médecin généraliste - Pharmacien	
Soins spécifiques		- Dentiste - Diététicien - <i>Ergothérapeute</i> - Infirmier en diabétologie - Infirmier en oncologie - Infirmier psychiatrique - Infirmier en soins de plaies - Infirmier en soins palliatifs - Sage-femme - Opticien - Kinésithérapeute - Psychologue - Psychomotricien	

		- Médecin spécialiste	
Soutien et travail délégué	- Aide-soignant - Aide-logistique - Assistant de pratique - Secrétaire - Animateur	- Employé transport - Employé entretien ménager - Technicien - Préleveur - Aide familiale	- Assistant pharmaceutico-technique - Médiateur en santé
Managériales	- Infirmier chef - Coordinateur de soins - Gestionnaire de projets	- Directeur administratif - Directeur thérapeutique	
Promotion de la santé	- Infirmier en santé communautaire	- Agent à la promotion de la santé	

1. Les métiers non sélectionnés

Tous les métiers regroupés dans la catégorie « Soins spécifiques » sont exclus à ce stade du travail. L'objectif premier de transférabilité du SOTIF fait que la dimension spécifique de ces métiers ne les rend pas prioritaires à détailler. Pour mettre en place un nouvel outil, il semble plus judicieux de s'intéresser dans un premier temps aux métiers ayant des profils plus généraux. L'étude de ces métiers nécessitera un travail complémentaire lors d'un éventuel développement du SOTIF.

Médecin généraliste et *Pharmacien* sont des métiers qui possèdent leur propre équipe de travail et leur propre hiérarchie au sein d'un hôpital. Ils ne seront donc pas considérés dans ce travail.

Employé transport et *Employé entretien ménager* sont deux emplois très présents en milieu hospitalier. Ce sont des métiers qui gravitent autour de plusieurs services et équipes de soins. Ils pourraient être considérés à un autre stade du travail.

Le métier de *Technicien* se retrouve principalement dans des services à orientation médico-technique et il se rattache donc à la dimension « spécifique ». Le métier de *Préleveur* est

caractérisé par des pics d'activité et son champ d'action est très limité. Ce n'est pas un profil qui peut être inclus à temps plein dans une équipe de soins hospitaliers.

L'*Aide familiale* est un métier qui se chevauche sur les postes d'aide-soignant et d'aide logistique, c'est pour cette raison qu'il n'est pas retenu.

Directeur administratif est un poste qui a lieu d'être à des strates plus élevées que le service de soins, il n'est donc pas dans le périmètre de travail.

Directeur thérapeutique est un métier fort présent dans les soins psychiatriques. Il pourrait être utile auprès de personnes dépendantes et présentant des polymorbidités, mais nous n'avons pas encore l'expérience pour savoir délimiter son champ d'action dans un contexte de soins généraux.

Agent à la promotion de la santé est un métier pour lequel aucun profil de compétences n'a encore été rédigé et il ne peut donc être inclus.

2. Les métiers ajoutés

En 2018, seuls 25,7% des assistants pharmaceutico-techniques travaillent en milieu hospitalier (Jouck *et al.*, 2018). Il y a donc une vraie opportunité à développer. La présence d'un *Assistant pharmaceutico-technique* dans un service de soins pourrait permettre une liaison solide entre la pharmacie et l'équipe de première ligne. Il pourrait également améliorer la sécurité de la chaîne du médicament au sein de l'hôpital, les événements indésirables liés aux médicaments étant encore nombreux (Zed, 2011).

Le service de médiation en santé est majoritairement généralisé pour toute une institution. L'accessibilité du *Médiateur en santé* par le patient est difficile voire méconnue (Barbier, 2008), l'inclure dans une unité de soins pourrait alors être intéressant. Il pourrait être également une ressource pour les infirmiers et infirmiers chefs, qui font face à de plus en plus de violence sur le lieu de travail (Auclair *et al.*, 2019).

B. Les compétences

Le choix des compétences déclinées dans les profils métiers repose sur le modèle de compétences de l'Administration fédérale (SPF Stratégie et Appui BOSA, 2019). Ce modèle « 5+1 » est constitué de 5 groupes de compétences génériques (« 5 ») et de l'expertise technique (« +1 »).

Les 5 groupes de compétences génériques sont : **gestion de l'information, gestion des tâches, gestion des collaborateurs, gestion des relations et gestion de son fonctionnement personnel.**

D'après le manuel de l'Administration fédérale (SPF Stratégie et Appui BOSA & DG Recrutement et Développement, 2018b), les compétences techniques peuvent être déterminées en se référant à une cartographie des descriptions de fonction ou une liste des activités ou encore aux détails des certifications et/ou diplômes.

Au paragraphe II.C de la PARTIE I, nous posons la question du chevauchement et du partage de certaines compétences infirmières avec d'autres disciplines. Aussi, pour la détermination des groupes de compétences techniques je me suis basée sur la taxonomie de la Classification des Interventions de Soins Infirmiers (CISI), outil de référence et traduit du Nursing Intervention Classification (NIC) (Bulechek *et al.*, 2010). Les 1899 interventions infirmières sont répertoriées selon 25 classes (exemple : aide à la nutrition, soins péri-opératoires, amélioration de la communication, etc.) et 6 types de soins : soins de base, soins techniques complexes, soins relationnels, soins de sécurité, soins à la famille, système de santé.

La terminologie « soins de base », même s'ils ont été définis ainsi en tant que socle de prise en charge de la personne, induit pour moi une notion de « forfait de base » aux soins, ce qui dévalorise à la fois les besoins des patients et leur personnalisation, que les compétences des professionnels de soins. Finalement ce sont des soins de soutien, de confort et d'hygiène qui sont décrits dans les soins de base (Lafrenière, 2020). Dans le cadre de ce travail, nous préférons la notion de « soins d'accompagnement », qui apporte des dimensions de savoir-faire et savoir-être de la part des soignants (Lainé, 2018).

Le terme « curatif » est directement lié au contexte hospitalier. Un lit d'hospitalisation est considéré comme un lit de soins actifs par l'OECD (« Équipements de santé - Lits d'hôpitaux - OCDE Data », 2021). De plus, les métiers référencés dans les soins spécifiques ne sont pas considérés dans le cadre de ce travail et la terminologie « soins techniques complexes » pourrait alors être utilisée pour définir précisément leurs domaines de compétences spécifiques. L'avantage également d'utiliser le terme « curatif » est que dans l'avenir et l'éventuel déploiement du SOTIF, un groupe de compétences nommé « soins palliatifs » pourra être ajouté.

Les *soins de sécurité*, les *soins à la famille* et le *système de santé* ne sont pas mis de côté, mais de par leur faible représentation parmi les 25 classes, ils ont été distribués dans le modèle.

D'abord les *soins de sécurité* et *système de santé* sont de l'ordre des gestions de l'information et des tâches, quant aux *soins à la famille*, ils se retrouvent dans les soins relationnels et la gestion de l'information.

Sur cette base, ce sont 3 groupes de compétences techniques qui ont été choisis : **soins d'accompagnement, soins curatifs et soins relationnels**.

Le modèle ainsi construit, 5 compétences génériques et 3 compétences techniques (5 +3), doit ensuite être détaillé. Afin de compléter chaque rubrique de compétences avec des catégories de compétences plus détaillées, une démarche itérative lors de l'étude des référentiels de compétences et/ou profils fédéraux de compétences de chaque métier sélectionné (Tableau 7) a été réalisée (Paillé & Mucchielli, 2016). Nous appliquerons la même méthode pour étudier l'inventaire et les descriptions de fonctions réalisés dans le cadre de l'étude sur l'évolution des métiers de première ligne réalisée par la Fédération des maisons médicales (De Munck *et al.*, 2011). Ils se sont appuyés sur diverses sources, notamment les cadastres de la Fédération des Associations du Social et de la Santé et de l'INAMI, sur la liste des fonctions de l'IF-IC (Munck *et al.*, 2011), ou encore sur des entretiens avec des professionnels de terrain.

Tableau 7 : Liste des référentiels de compétences par métier sélectionné (Tonnelier, 2022)

Fonctions	Métiers sélectionnés	Source
Soins globaux	Infirmier en soins généraux	(SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2015)
	Collaborateur social	(Commission communautaire des professions et des qualifications, 2002)
	Ergothérapeute	(Fédération Nationale Belge des Ergothérapeutes & Nationale Belgische Federatie van de Ergotherapeuten, 2017)
	Educateur	(Commission communautaire des professions et des qualifications, 1998)
Soutien et travail délégué	Aide-soignant	(Conseil Fédéral de l'Art Infirmier, 2017)
	Aide-logistique	(Commission communautaire des professions et des qualifications, 2004)
	Assistant de pratique	(Conseil Fédéral de l'Art Infirmier, 2017)
	Secrétaire	(Instance Cadre Francophone des Certifications, 2020)
	Animateur	(Commission communautaire des professions et des qualifications, 1999)
	Assistant pharmaceutico-technique	(Conseil Fédéral des Professions Paramédicales, 2017)
	Médiation en santé	(Haute Autorité de santé, 2017)

Promotion de la santé	Infirmier en santé communautaire	(Boudart <i>et al.</i> , 2017)
Managériales	Infirmier chef	(Moniteur belge, 2006)
	Coordinateur de soins	(Meininger <i>et al.</i> , 2014)
	Gestionnaire de projets	(Le Forem, 2019)

L'analyse séquentielle induite par une telle démarche permet de faire émerger progressivement, soit de manière inductive, des catégories de compétences (Paillé & Mucchielli, 2016). Une première phase de lectures répétées et croisées, va permettre de relever des récurrences significatives de termes et de définir des catégories communes, qui sont par la suite associées à une rubrique prédéfinie (Figure 9).

Une fois la hiérarchisation de l'arbre thématique des compétences déterminée, une seconde phase de lecture est alors nécessaire pour compléter pour chaque métier la matrice de compétences ainsi réalisée.

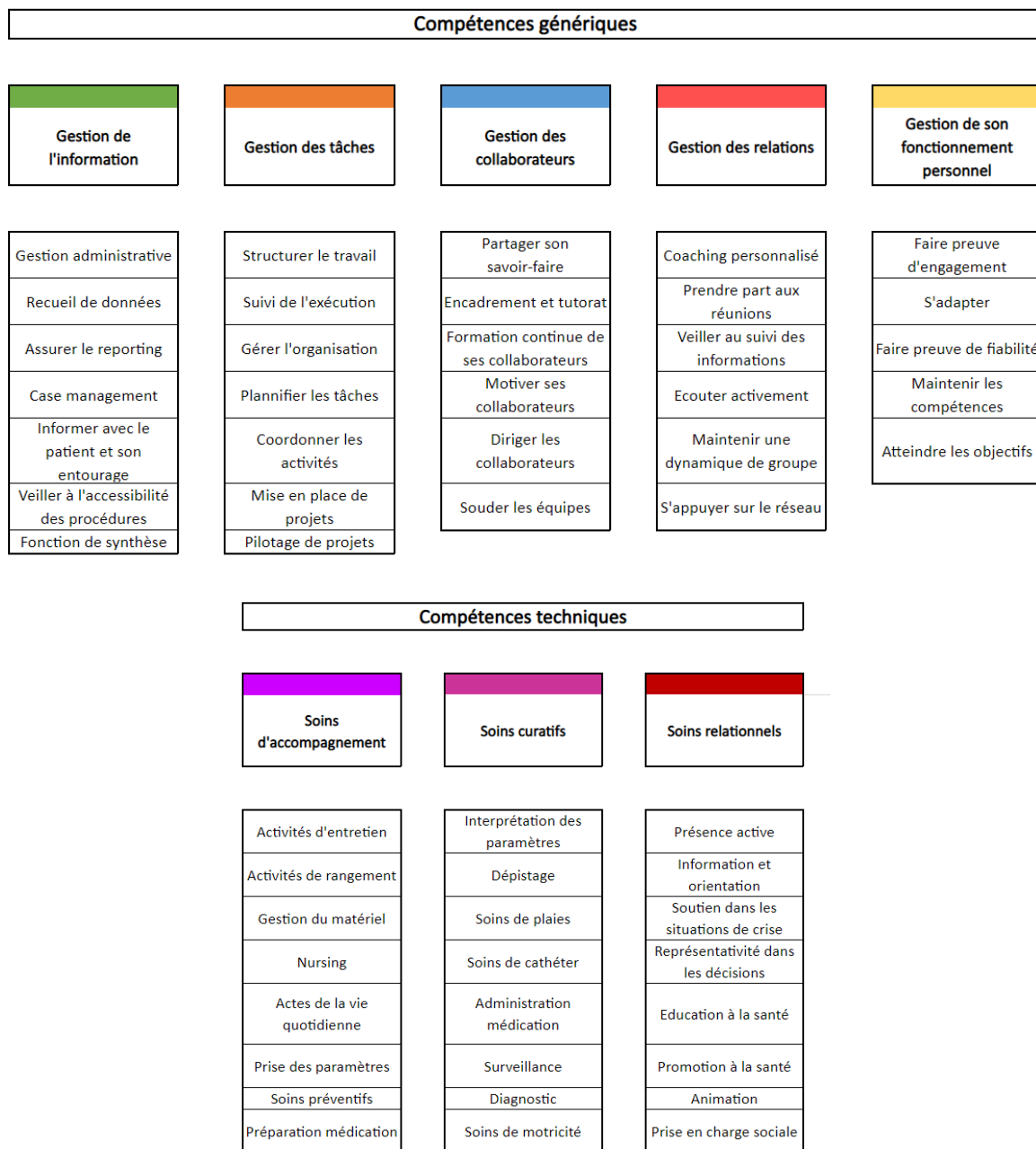


Figure 9 : Arbre thématique du modèle de compétences 5+ 3 (Tonnelier, 2022)

La matrice alors complétée et finalisée, a été soumise à la relecture et vérification via relecture par des professionnels de terrain (un représentant de chaque métier sélectionné, excepté pour l'assistant pharmaceutico-technique et l'assistant de pratique) et un personnel des Ressources Humaines ayant de l'expérience dans des missions de recrutement.

C. La matrice

Pour plus de lisibilité, la matrice reprenant les profils métiers/compétences du SOTIF figure en Annexe 1 (Figure 13).

La compétence clé K y décrit la compétence cruciale du métier (SPF Stratégie et Appui BOSA & DG Recrutement et Développement, 2018a). Plusieurs compétences cruciales ayant été identifiées pour certains métiers, dans l'avenir du SOTIF il pourrait être intéressant de les hiérarchiser.

La notion de « sous conditions » SC induit la nécessité d'un tutorat ou d'un travail en collaboration pour déployer la compétence en question.

La différenciation Profil collaborateur/Profil expert n'a été faite (pour le moment) que pour l'infirmier et l'aide-soignant. En ce qui concerne l'infirmier, il s'agit de considérer son expérience sur le terrain : l'infirmier atteint son niveau d'expertise en justifiant de 10 ans d'expérience (Benner, 2010). L'aide-soignant est considéré comme ayant un Profil expert lorsqu'il justifie de la certification des actes délégués décrits dans l'Arrêté Royal du 27 février 2019.

La pondération associée à la Figure 13 est la suivante :

- SC : 0.5
- Case remplie : 1
- K : 2

II. Profils Patients

Les Profils Patients qui vont être construits seront définis au regard des compétences nécessaires pour prendre en charge chaque Profil Patient. Une matrice pondérée des compétences établies au paragraphe I.B de la PARTIE III de ce travail, sera associée à chaque Profil Patient défini.

Le choix méthodologique s'est porté sur la constitution de Profils Patients associant des objectifs de soins et des variables contextuelles, construits en s'appuyant sur les données du système de santé et les données du modèle Hospital patient One-year Mortality Risk.

Le modèle Hospital patient One-year Mortality Risk (HOMR) est un modèle statistique construit pour prédire le risque de décès dans l'année suivant l'admission. Il a été validé en

interne comme en externe (van Walraven & Forster, 2017) et peut être utilisé pour prédire la survie sur le long terme des patients hospitalisés.

Le modèle HOMR utilise des variables administratives disponibles via le dossier informatisé du patient (Tableau 8).

Tableau 8 : Covariables utilisées pour calculer le score de risque de mortalité sur un an (HOMR) d'un patient au moment de son admission à l'hôpital (van Walraven et al., 2015)

Covariables
Age du patient
Sexe du patient
Milieu de vie du patient
Besoin d'oxygène à domicile
Indice de comorbidité de Charlson
Diagnostic médical à l'admission
Service d'admission
Si l'admission est une réadmission urgente 30 jours ou moins après une admission précédente
Nombre d'admissions par ambulance au cours de la dernière année
Nombre de visites aux urgences au cours de la dernière année
Niveau d'urgence de l'admission
Si l'admission est faite par ambulance
Si l'admission est directement faite aux soins intensifs

Si ces variables sont déterminantes pour prédire le risque de décès, ce sont donc elles qu'il faut considérer dans la création de Profils Patients.

A. Les objectifs de prise en charge

Actuellement, il est toujours question de réalisation d'actes tant dans la mesure de la charge en soins, que dans la classification des patients. L'approche par objectifs de prise en charge est d'abord motivée par le développement des programmes de soins, structurés autour des besoins spécifiques d'une population cible.

Penser en termes d'objectifs de prise en charge, plutôt qu'en termes de prestation d'actes de soins, c'est permettre un développement plus important de la collaboration et un décloisonnement du système de santé qui oriente, selon Etienne Minvielle professeur au Département Management de l'Innovation et Entrepreneuriat de l'Institut Polytechnique de Paris, « le principe d'excellence au travail vers la réalisation des tâches de soins » (Minvielle, 2000).

L'existence même d'une collaboration est liée à la poursuite d'un objectif commun (Dameron, 2002), alors que des actes de soins peuvent être réalisés tout autant parallèlement que conjointement.

Pour cette étape, le choix des objectifs de prise en charge s'est porté sur des objectifs très généraux. Ils sont justifiés par les données du système de santé et de la méthode HOMR.

Entre 2001 et 2018, le pourcentage de la population belge souffrant d'une affection chronique est passé de 25,1% à 29,3% (Sciensano, 2018). Un élément important à considérer dans le cadre des maladies chroniques est leur composante « évolutive ». Les besoins d'un malade chronique évoluent parallèlement à l'aggravation de sa maladie. C'est sur cette base que sont construits les deux objectifs de soins suivants :

- **Prise en charge d'une maladie chronique : premier épisode soins**
- **Prise en charge d'une maladie chronique : suivi**

Complémentairement aux données ci-dessus, près de 67% des lits d'hospitalisation agréés sont des lits dit « lits aigus » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2019). S'impose alors l'objectif suivant : **prise en charge d'un épisode aigu.**

Ensuite, alors que la durée des hospitalisations est en diminution, 20% des séjours hospitaliers concernent des patients entre 55 et 70 ans (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2019). C'est ici la question des conditions de retour au domicile qui se pose, préoccupation au centre l'objectif : **organiser la transition avec le domicile.**

Enfin, la notion de récurrence est en jeu dans presque 50% des variables du Tableau 8 (van Walraven *et al.*, 2015). **Eviter les récurrences** est ainsi le dernier des cinq objectifs généraux de prise en charge.

Dans les suites de développement du SOTIF, d'autres objectifs généraux pourront être définis, ainsi que des objectifs plus spécifiques.

B. Construction de 11 profils généraux

Créer des profils sur base d'objectifs de soins, c'est penser la finalité de la prise en charge et non son chemin. Le déroulement de la prise en charge est résolument en proie à un certain degré de variabilité et les activités de soins peuvent s'intensifier pour diverses raisons (Minvielle, 2000).

Sur base des 5 objectifs généraux, 11 Profils Patients ont été dressés.

Tableau 9 : Profils Patients du SOTIF (Tonnelier, 2022)

Profils	Objectif 1	Objectif 2	Contexte
1	Prise en charge d'une maladie chronique : premier épisode soins		Hospitalisation programmée
2	Prise en charge d'une maladie chronique : premier épisode soins		Hospitalisation via urgences
3	Prise en charge d'un épisode aigu		Comorbidités
4	Prise en charge d'un épisode aigu		
5	Prise en charge d'un épisode aigu	Eviter les récurrences	
6	Eviter les récurrences		
7	Organiser la transition avec le domicile		Personne autonome
8	Organiser la transition avec le domicile		Personne non autonome
9	Prise en charge d'une maladie chronique : suivi		
10	Prise en charge d'une maladie chronique : suivi	Prise en charge d'un épisode aigu	
11	Prise en charge d'une maladie chronique : suivi	Eviter les récurrences	

Les objectifs de prise en charge d'un patient peuvent être multiples et certaines caractéristiques, liées au contexte de soins, aux antécédents du patient ou à son milieu de vie peuvent venir influencer la manière d'atteindre ces objectifs.

Pour les **profils 1 et 2**, rajouter la donnée contextuelle du *mode d'admission*, c'est à la fois d'appuyer sur les covariables du modèle HOMR et considérer les conditions de diagnostic d'une maladie chronique. Dans leurs recommandations, les experts du SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement expliquent que « Le processus d'annonce d'un diagnostic ne peut se réduire au simple moment de l'annonce verbale du diagnostic. Ce processus s'étale dans le temps, allant des premiers examens cliniques au choix de la prise en charge. » (Liénard *et al.*, 2016). Ainsi lorsque ces premiers examens cliniques sont réalisés dans un cadre d'urgence, l'état physique et psychologique du patient sont bien plus fragiles.

Si l'OMS définit les maladies chroniques, comme des maladies à évolution lente (World Health Organization, 2012), elles ne sont pas moins caractérisées par des épisodes de soins plus ou moins aigus et/ou rapprochés. Offrir une réponse aux épisodes aigus est d'ailleurs une recommandation du KCE dans son rapport sur l'organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique (KCE Rapport 190BS, 2012). Les **profils 9 à 10** prennent en compte cette recommandation.

La notion de *comorbidités* dans le **profil 3**, inclut la notion de *service d'admission*, variable du modèle HOMR. Un épisode aigu pour un *service A* peut très bien être un suivi de maladie chronique pour un *service B*.

Coupler les objectifs Prise en charge d'un épisode aigu et Eviter les récurrences dans le **profil 5** est une réponse à l'augmentation de 13,9% des contacts/séjours sur 10 ans (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2019),

L'autonomie du patient et à travers elle, sa fragilité, est à considérer pour le retour à domicile. Une sortie trop rapide ou dont la préparation n'est pas en adéquation avec le statut du patient peut induire un déclin et des événements en cascade chez le patient (Ricour *et al.*, 2014). C'est la raison d'être des **profils 7 et 8**.

C. Calibration par service

Les objectifs de soins étant généraux, la charge en compétences inhérente à chacun est différente selon les services de soins. Le service où le patient est admis est d'ailleurs une variable du modèle HOMR (Tableau 8).

Cette calibration sera la base de la pondération à l'intérieur de chaque objectif. La méthode choisie est un questionnaire proposé aux équipes de soins, indifféremment du métier exercé (Annexe 2 : Questionnaire utilisé pour le calibrage des Profils Patients). Ce questionnaire est rempli individuellement lors d'un temps dédié (entre 20 et 30 minutes). Etant proposé à l'intégralité de l'équipe de soins, le remplissage du questionnaire nécessite un encadrement pour répondre aux éventuelles questions et pour apporter des définitions complémentaires aux items du questionnaire.

Pour chacun des cinq objectifs établis précédemment :

- Les rubriques Gestion de l'information, Soins d'accompagnement, Soins curatifs et Soins relationnels sont pondérées de 1 à 10.
- Dans chaque rubrique, 20 points sont ensuite à distribuer au choix dans la liste des compétences.
- Le besoin en fonctions managériales est quantifié au prorata du nombre de patients ayant cet objectif de prise en charge.
- De manière ouverte, des variables supplémentaires pouvant influencer les pondérations précédentes peuvent être ajoutées.

1. Pondération des objectifs

Au regard de ces données le calcul de pondération pour chaque objectif est le suivant :

- Dans les rubriques Gestion de l'information, Soins d'accompagnement, Soins curatifs, et Soins relationnels, la pondération de chaque compétence est :

Pour prendre en compte la pondération des rubriques

$$P\{\text{compétence}\} = \frac{1+a}{20} \times \frac{A}{8}$$

Nombre maximum de points distribués par compétence

La norme de sécurité internationalement est de 8 patients maximum par infirmier

où a est le nombre de points attribués à la compétence

et A est le poids attribué à la rubrique

- Pour la rubrique Gestion des tâches, à ce stade de développement du SOTIF, la pondération est uniforme à toute la rubrique et dépendante du nombre de compétences auxquelles des points ont été distribués. La pondération sera la suivante :

$$\frac{\text{Nombre de compétences auxquelles des points ont été distribués}}{\text{Nombre total de compétences}}$$

- Les rubriques Gestion des collaborateurs et Gestion des relations sont pondérées au regard du besoin en fonctions managériales via la formule suivante :

$$\frac{1}{\text{Besoin en fonctions managériales}}$$

- La rubrique Gestion de son fonctionnement personnel n'est pour le moment pas exploitée car très peu de variations entre les métiers sont observées.

2. Pondération des profils

Pour les profils 1, 4, 6, 7 et 9, la pondération est celle de l'objectif de prise en charge.

Pour les profils 5, 10 et 11, les pondérations des deux objectifs sont sommées.

Pour le profil 2, la pondération correspond à 1.5 fois la pondération de l'objectif de prise en charge.

Pour le profil 3, la pondération est la somme de la pondération de l'objectif de prise en charge et de 0.5 fois la pondération de l'objectif *Prise en charge d'une maladie chronique : suivi*.

Pour le profil 8, la pondération finale correspond à la pondération de l'objectif de prise en charge, excepté pour les rubriques Gestion de l'information, Soins d'accompagnement, et Soins relationnels dont la pondération initiale est multipliée par 1.5.

La somme de la pondération de tous les profils nous fournira la **charge en compétences** du service.

D. Profils Patients pondérés pour l'unité 63 des CUSL

Les questionnaires, sous format papier, ont été proposés et complétés lors de deux rencontres, deux vendredis entre 14h30 et 15h15. Suite à ces deux rencontres, le questionnaire a été complété par : 3 aides-soignants, l'infirmière-chef et 7 infirmiers.

Les rencontres ont eu lieu dans la salle de repos. Pour la première rencontre, l'infirmière-chef était présente.

Les questionnaires ont tous été complétés entre 83 et 100%.

Après traitement des réponses, la matrice en Annexe 3 (Figure 14) a été obtenue.

III. Finalisation et utilisation du SOTIF

A. Etapes restantes

A ce jour, il reste encore de nombreuses étapes pour finaliser le SOTIF en vue de son utilisation.

La première est de prévoir une mise en lien des matrices réalisées afin de calculer le SOTIF.

Le deuxième est de penser le traitement des données mises en lien pour obtenir une table de lecture détaillée du SOTIF. La table de lecture envisagée et espérée devra proposer plusieurs modèles d'équipe « idéale » au regard de la charge en compétences mesurée.

La troisième étape est de construire une interface d'utilisation lisible.

Viennent ensuite des étapes de tests au sein de l'unité 63 et un ajustement de la calibration au regard des résultats. Puis les étapes de calibrations et de tests devront être répétées dans une autre unité de soins afin de mesurer la validité interne⁹ du SOTIF.

La mesure de la validité externe¹⁰ pourra être pensée par la suite.

⁹ Elle consiste à s'assurer de la pertinence et de la cohérence interne des résultats générés par l'étude (Thiétart, 2014).

¹⁰ Elle concerne la généralisation des résultats en dehors du contexte particulier de l'étude (Yin, 2003).

B. Interfaces et traitement des données



Figure 10 : Interface A test du SOTIF (Tonnellier, 2022)

La Figure 10 représente schématiquement le genre d'interface envisagée pour le SOTIF.

La partie gauche résume les données quantitatives. La charge en compétences et les compétences disponibles sont calculées sur base de la méthodologie décrite précédemment. Le SOTIF est le rapport des deux. Dans cet exemple illustratif le SOTIF est inférieur à 1, signifiant que l'équipe de soins subi une charge de travail excessive.

La partie droite résume les données d'ordre qualitatif. Un travail d'analyse et de codage statistiques doit être réalisé pour obtenir, au regard des détails de la charge en compétences, des propositions de modèles d'équipe dont les compétences cumulées sont au plus proche de la nature de la charge en compétences.

Le **degré de tolérance** est ici fixé à 10%, mais son choix devra être discuté avec le département infirmier. Ainsi des modèles d'équipe seront proposés en incluant et en n'incluant pas ce degré de tolérance. L'objectif est de faire plusieurs propositions au manager. L'idée du SOTIF est de soutenir le terrain et non de le diriger.

Les données qualitatives, lorsque le SOTIF est inférieur à 1, et ce, de manière répétée, pourraient même s'avérer être un support au recrutement, au regard des compétences manquantes systématiquement.



Figure 11 : Interface B test du SOTIF (Tonnelier, 2022)

La Figure 11 est une seconde interface envisagée, permettant de visualiser la composition de l'équipe de soins et le remplissage des lits d'hospitalisation.

Les interfaces décrites aux Figure 10 et Figure 11 ont pour vocation d'être actualisée à chaque changement d'équipe, soit trois fois par 24h.

Une interface récapitulative reprenant l'historique de toutes ces données pour une période de temps donnée (semaine et/ou mois) pourrait également être disponible, afin d'évaluer s'il y a des tendances dans le SOTIF et d'intervenir sur les modèles d'équipe. Une même interface reprenant l'ensemble des données des unités d'une même filière serait, elle, utile dans une optique de redistribution des compétences.

PARTIE IV : Exploitation du SOTIF

I. Discussion avec l'équipe CELLS

L'équipe CELLS est interviewée en tant qu'éventuelle future utilisatrice du SOTIF.

A. Les Profils Compétences

Le modèle de compétences « 5+3 » fait passer un gros message (Mertens, 2022) : il pointe le fait que, quel que soit le degré de complexité du profil de compétences, en termes d'activités, le travail n'est pas complet si le professionnel ne sait pas gérer son organisation, ne sait pas transmettre aux autres, ou ne participe pas à la dynamique de l'équipe.

La matrice des compétences du SOTIF (Figure 13) fait écho à la *heatmap* des compétences (Figure 6) utilisée par les CUSL. Pour Caroline Mertens, c'est donc une approche très intéressante car elle peut être mise en lien avec un outil déjà validé. C'est d'autant plus intéressant que cela permet de « mixer les compétences techniques de la *heatmap* aux *softskills* ». Elle explique que les *softskills*, bien que traitées lors des évaluations périodiques (PARTIE II - II.A. La gestion des compétences), sont peu mises en valeur dans le travail quotidien.

Actuellement la *heatmap* est peu utilisée dans les services d'hospitalisation alors que c'est un outil conçu pour vivre. Au bloc opératoire, elle sert à la bonne organisation des horaires et à veiller que, pour chaque tâche, quelqu'un de compétent soit présent quotidiennement. La *heatmap* du bloc opératoire met en relation une liste de tâches ou la liste du personnel. Pour chaque tâche, le niveau d'expertise de chacun est notifié : non pratiqué, en formation, formé, expert, tuteur. Mais dans un service d'hospitalisation, les tâches sont moins spécifiques, ce qui explique la sous-utilisation de la *heatmap*. Or, ici, la matrice des compétences du SOTIF pourrait permettre, dans les unités de soins, de réfléchir à comment créer les binômes aide-soignant/infirmier au regard du niveau d'expertise de chacun.

Dans le cadre du projet CELLS, d'autres idées d'exploitation sont évoquées. D'abord l'idée de reprendre le profil de compétences du coordinateur clinique, fait en interne, et de le croiser avec le profil de coordinateur de soins de la matrice. Cela représenterait un véritable support pour déterminer comment et quand les unités de soins auraient besoin d'un coordinateur clinique.

Ensuite, c'est la possibilité de créer une matrice similaire pour les métiers médicaux (junior, sénior, chef de service, etc.) qui est évoquée. L'équipe CELLS pense qu'à un moment donné il y aura un chevauchement de compétences avec le coordinateur clinique, qui va permettre de combler un parc d'assistants en médecine qui va diminuer.

Penser les compétences, se révèle être la solution pour pallier les pénuries professionnelles, en cours et à venir, à l'hôpital tout en maintenant la qualité des soins.

Un autre point relevé est la présence des profils d'infirmier chef et de gestionnaire de projets. Actuellement, en raison de la pénurie infirmière accentuée par la période covid, les gestionnaires de projets infirmiers (GPI) des CUSL sont plus sollicités dans les unités de soins et leurs missions sont repensées.

Le fait que dans la matrice de compétences du SOTIF, les compétences techniques soient peu représentées pour l'infirmier chef est une bonne chose pour Caroline Mertens. Elle explique que c'est un métier victime dans l'histoire et que le problème réside déjà dans le terme : tu es d'abord « infirmier » puis « chef ». Il n'y a que dans le milieu hospitalier où les managers réalisent encore des activités de première ligne. Cela doit évoluer et à un moment donné « il va falloir se positionner : qu'est-ce qu'on veut ? Quelqu'un qui est compétent dans le management ou quelqu'un qui peut mettre les mains dans le cambouis quand il manque du personnel ? ».

Enfin, même si la matrice est imposante de prime abord, elle s'avère très lisible et facilement compréhensible.

B. Les Profils Patients et le calibrage

Les Profils Patients tels que pensés actuellement dans le cadre du SOTIF n'ont reçu aucune réserve. Pour l'équipe CELLS, ils permettent de nuancer la charge de travail, car « le service n'est pas du tout le même quand il y a 15 patients qui rentrent pour une coronographie et qui 4h plus tard sont partis ; ou quand tu as 5 patients insuffisants cardiaques qui sont là pour un suivi d'une dizaine de jours. »

Dans l'outil Charge de travail, qui est l'outil actuel des CUSL, il manque l'interaction avec le profil des patients. Une telle interaction rapproche de la réalité du terrain, d'autant que les 11 profils constitués représentent environ 90% des patients qui peuvent être rencontrés en unité de soins. Pour Caroline Mertens et Elise Grosjean, il est pertinent de se dire : « qu'est-ce que je

donne comme accompagnement à la veille d'une sortie, plutôt que quelqu'un qui est dans un épisode aigu ? ».

Le calibrage par service se révèle particulièrement intéressant pour refléter les besoins de chaque service. Passer par un questionnaire pour effectuer ce calibrage est une méthode intéressante car elle demande aux professionnels de se positionner personnellement et clairement. Les parties où il est demandé de distribuer des points sont désignées comme difficiles mais également décisives. Dans la plupart des questionnaires, il est demandé de se placer sur une échelle et non de choisir la distribution des points. Or, dans la réalité du terrain, il est demandé aux professionnels de prioriser. C'est donc une méthode bien plus proche de la réalité.

Enfin, pour Caroline Mertens, relier les compétences types et les profils des patients est une logique similaire à celle de croiser le nombre de patients et le nombre de ressources. Mais c'est un « step supérieur et les Profils Patients pourraient peut-être être intégrables au TPI ».

C. Le SOTIF et son exploitation

Lors de la présentation de la Figure 10 et de la Figure 11, l'expression du SOTIF n'a pas été claire de prime abord. Ici, une expression en pourcentage serait à privilégier pour le terrain. Mais l'interface plaît, et si bien sûr le fait de la compléter est une charge supplémentaire pour l'infirmier chef de chaque service, elle reste simple. Il est même d'avis que celle-ci est plus simple que l'interface actuelle de l'outil Charge de travail.

L'interprétation qualitative est une vraie plus-value par rapport aux outils existants. Caroline Mertens pense qu'il faudrait la pousser pour qu'elle donne précisément quel type de compétences est en manque dans l'unité de soins. Un tel diagnostic serait l'idéal pour elle et permettrait de développer des équipes mobiles spécialisées dans telle ou telle compétence.

Pour autant, donner des modèles d'équipe en intégrant un degré de tolérance est un élément très important. Actuellement c'est une notion totalement ignorée.

Pour l'équipe CELLS, l'étape d'après serait de se demander : que faire lorsqu'il y a suffisamment voire trop d'une compétence dans une unité ? L'option de redistribuer ces profils et ces compétences dans un service dans le besoin, ne semble pas être privilégiée. Ils réfléchissent plutôt à comment et quelles missions confier à ces personnes, au sein de l'unité.

Pour conclure, le SOTIF est vu comme une recherche d'évolution des métiers de soins.

II. Discussion avec Opal Solutions

Opal Solutions est une société créée en 2016, qui développe des logiciels de soutien au secteur des soins de santé.

La création de leur outil de mesure de charge de travail, Careboard® a été motivée par un désir de diminuer le gaspillage des ressources et de récupérer du temps pour les soins (Opal Solutions, 2021). Ils sont partis du constat qu'il n'existe pas de logiciels créés pour le département infirmier et que les outils actuels se révèlent être peu pratiques et chronophages.

Careboard® donne une mesure relative de la charge de travail en temps réel. Elle combine une approche quantitative et une approche qualitative. L'approche quantitative est une lecture comparative entre la charge réelle de travail (via les dossiers patients) et un calibrage réalisé au préalable en service. L'approche qualitative est quant à elle, abordée au travers du ressenti de l'équipe de soins (Rouby, 2021).

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai rencontré Xavier Rouby, docteur en physique et fondateur d'Opal Solutions, et Isabelle Fontenelle, ancienne cadre infirmière au CHU St Pierre, afin de discuter du SOTIF, sa cohérence et sa faisabilité (Rouby & Fontenelle, 2022).

A. L'angle des compétences

La base du SOTIF, les compétences, a reçu un accueil franc et encourageant.

L'angle des compétences est un angle d'avenir sur lequel Opal Solutions souhaite également travailler dans la prochaine version de leur Careboard® ainsi que dans leur autre logiciel Formeo®. Ils partent d'ailleurs sur le même cadre théorique, le modèle de compétences de l'Administration fédérale (SPF Stratégie et Appui BOSA, 2019). Seulement, ils ne pensent leur travail que pour la fonction infirmière. Ainsi la compétence technique du modèle initial de l'Administration fédérale est divisée en sept groupes, au regard du profil de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux décrit au Tableau 2 (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2015).

Le choix de faire des compétences un langage commun entre les corps de métiers et le désir d'ouvrir les équipes de soins est, selon Xavier Rouby, une approche innovante et totalement en cohérence avec les difficultés du secteur des soins de santé. Il explique que dans l'étude de la

charge de travail à l'hôpital, il faut prendre en considération que l'OMS prévoit 30% de manque de personnel dans vingt ans et qu'actuellement seulement 60% du temps infirmier est consacré aux tâches infirmières.

Pour l'exploitation de la matrice de compétences, il a soulevé la question de savoir si on retrouve le même référentiel de compétences dans les autres pays. Après une recherche complémentaire, il s'avère que les nuances se jouent plutôt dans les actes techniques que dans les domaines de compétences.

Enfin, pour Xavier Rouby, parler en termes de compétences pour répondre à la charge de travail, c'est un moyen de valoriser l'expérience et les formations.

B. Les Profils Patients

Dans Careboard®, l'équipe d'Opal Solutions a défini un profil de « Patient standard », c'est-à-dire le patient qui est rencontré dans 95% des cas. Elle a ensuite, parmi la liste des activités de soins du DI-RHM, attribué à ce patient standard les activités de soins dont il devrait bénéficier.

Isabelle Fontenelle a de suite fait un parallèle entre leur pratique et ma méthodologie. Alors qu'Opal Solutions pense le profil patient à travers les activités de soins et le personnel nécessaire pour les acter, le SOTIF pense le Profil Patient à travers des objectifs de prise en charge et les compétences nécessaires pour remplir ces objectifs. Ainsi, la notion de Profil Patient est une base partagée.

Careboard® étant un outil de mesure en temps réel, il est important pour Opal Solutions d'automatiser les mesures, et pour automatiser il faut une base où puiser les données. La seule base de données existante est le dossier du patient dans lequel il n'est possible d'extraire que les activités de soins. Il est donc essentiel pour eux de lier les activités de soins aux objectifs. La question suivante se pose alors : sur quelle base relier les activités et les objectifs ?

Le passage par les qualifications est l'hypothèse qui m'a été proposée (Figure 12).



Figure 12 : Lien entre activités de soins et objectifs de soins (Fontenelle, 2022)

La piste de développement serait alors de créer des « packs d'activités de soins » et une pondération reflétant la lourdeur des soins pour objectif de prise en charge.

Isabelle Fontenelle émet cependant deux réserves sur la construction des Profils Patients.

La première consiste en la définition des objectifs. Qu'y a-t-il exactement dans chaque objectif de prise en charge ? Il faut d'autant plus être prudent dans le choix des termes, que dans le milieu des soins il existe de nombreuses polysémies. Par exemple, le terme « diagnostic » existe du point de vue médical comme infirmier.

Ensuite, même si l'approche par Profil Patient est intéressante, il vaudrait mieux partir de ce qui existe déjà, et notamment les NRGnew qui viennent d'être réactualisés. Tout y est défini en termes d'activités de soins, il y manque peut-être une valorisation des soins plus relationnels. Partir de ce qui a déjà été démontré permet de ne pas donner lieu à trop de débats.

C. Le SOTIF et ses tableaux de bord

Pour Opal Solutions, la notion de degré de tolérance clairement définie et pensée dans le SOTIF est une question d'allocation des ressources sous contrainte. Cette question sous-tend chaque travail sur la mesure de charge de travail mais elle n'est jamais envisagée comme une composante.

Ici, le SOTIF permet non seulement de faire un état des lieux, comme chaque outil de mesure de charge de travail, mais aussi de faire des recommandations au regard de cette question d'allocation des ressources sous contrainte.

A long terme, Xavier Rouby imagine même que le SOTIF pourrait être poussé jusqu'à donner des conseils sur les manques de formation et faire remonter des informations au département des Ressources Humaines.

III. Limites et biais

Le temps fût ma plus grande limite pour ce mémoire. Comme annoncé dès le plan, le SOTIF n'a pas su être finalisé dans les délais impartis.

A. Méthodologie

Chaque choix méthodologique, bien que justifié, peut être commenté.

1. La sélection des métiers et leurs compétences

La sélection des métiers a principalement été réalisée sur base d'une liste de métiers en première ligne, soit extrahospitaliers. La question de la légitimité de ces métiers au sein d'un service de

soins hospitalier est à soulever. D'autant plus lorsque des métiers qui existent exclusivement à l'hôpital n'ont pas été repris dans cette première version du SOTIF, comme l'hygiène hospitalière ou les infirmiers ressources. Ces métiers, spécialisés et ponctuellement sollicités par les unités de soins, trouveront leur place dans les prochaines versions du SOTIF.

Si le choix du modèle « 5+3 » semble faire l'unanimité, une validation par l'ensemble des corps de métier décrits au Tableau 6 est nécessaire. Un corpus de lecteurs devrait être créé pour certifier le modèle « 5+3 » ainsi que la distribution de chaque métier dans celui-ci. Un seul lecteur s'avère insuffisant, d'autant que tous les métiers n'ont pas pu être relus par un professionnel.

Un autre point est que ce modèle se base sur les compétences qui figurent dans les référentiels fédéraux. Comment nuancer les degrés d'expertise de chaque professionnel dans ce modèle ? Est-ce faisable et est-ce la vocation du SOTIF ? Ne faudrait-il pas plutôt envisager de créer un module complémentaire de gestion de compétences de l'équipe de soins ?

2. Les objectifs de prise en charge

Construire des Profils Patients sur base d'objectifs de soins est une prise de position justifiée au paragraphe II de la PARTIE III. Mais, elle peut être contestée avec le questionnaire suivant : la classification NRGnew a été validée et publiée en 2019, pourquoi choisir de créer une nouvelle classification ? Ce questionnaire est soutenu par Opal Solutions. La piste serait alors d'associer aux Profils Patients, les NewNRG qui peuvent être regroupés dans chaque Profil.

Il faut également être prudent avec le terme « objectif ». La notion d'objectifs de soins est utilisée dans les plans de soins infirmiers. Une confusion est possible.

3. Le choix du service

L'unité 63 est un choix de convenance. Le travail de sélection ayant été réalisé au préalable par le comité de pilotage du projet CELLS, au regard des effectifs de l'équipe de soins, de l'ouverture d'esprit de l'infirmière chef quant aux modifications des modèles d'équipe et des facilités de transposabilité. Le SOTIF ayant pour vocation finale d'être généralisé, un choix de convenance ne soulève aucun biais tant qu'aucun conflit d'intérêt n'a été relevé. Ce qui est le cas.

50% de l'équipe a été rencontrée pour le remplissage du questionnaire, le taux de répondants est de 100% et le taux de remplissage des questionnaires est de minimum 83%. Ces résultats peuvent être considérés comme représentatifs pour l'unité 63.

L'idéal aurait été de réaliser un calibrage dans au moins deux services de soins, afin d'avoir la possibilité de croiser les résultats des futurs tests et d'identifier plus des récurrences quant aux éventuels problèmes de pondération.

B. Questionnaire et calibrage

Les étapes de remplissage et de traitement des questionnaires ont soulevé plusieurs limites et biais.

1. Remplissage du questionnaire

L'équipe de soins, lors des deux rencontres, m'a fait un retour sur leurs difficultés lors du remplissage des questionnaires.

- La distribution des 20 points s'est avérée difficile pour la majeure partie de l'équipe. D'ailleurs dans 8% des cas, plus de 20 points ont été distribués et une remise proportionnelle sur 20 a été nécessaire dans le traitement des données. Si le format papier a permis d'échanger avec l'équipe pendant le remplissage du questionnaire, un format informatique aurait permis de limiter la disponibilité des points à distribuer et aurait ainsi épargné à l'équipe de soins de compter et recompter les points déjà attribués.
- L'équipe soulève également ses difficultés à se positionner. Il leur aurait été plus facile soit d'utiliser une échelle pour item, soit de bénéficier de plus de 20 points à distribuer.

Au niveau du contenu, plusieurs éléments ont ouvert un débat pendant le remplissage des questionnaires.

- Pour 20% de l'équipe les objectifs 1 et 2, sont traités de la même manière au quotidien par manque de temps.
- Des items comme « animation » ou « rangement » n'ont pas été complétés par 80% de l'équipe. Pour le premier, l'équipe explique que ce n'est jamais fait par manque de temps. Pour le second, c'est l'équipe de l'entretien ménager qui en est en charge.

Ces deux points mettent en avant le fait que l'équipe a complété les questionnaires en fonction de ce qu'ils sont en mesure actuellement de fournir au patient et non en fonction des besoins du patient.

Certaines données ont, quant à elles, demandé à être précisées.

- Si de prime abord, la notion d'« objectif de soins » n'était pas évidente, un exemple précis et contextualisé au service a suffi à la compréhension de cette notion.

- L'objectif 3 a nécessité un complément d'explication quant à faire la différenciation entre un « épisode aigu » et une « situation d'urgence ».
- La différenciation entre « Education à la santé » et « Promotion à la santé » n'était pas évidente pour 30% de l'équipe.
- La question 6 a posé problème et est restée sans réponse dans 42% des cas.

Enfin aucun biais n'a été identifié concernant les conditions de remplissage. L'équipe a été prévenue au préalable et les rendez-vous ont été pris un mois à l'avance. Le moment choisi était le moment hebdomadaire le plus calme en termes de charge de travail et le lieu de remplissage était fermé.

2. Traitement des données

Ensuite lors du traitement des questionnaires, j'ai obtenu des résultats très différents entre les divers corps de métiers qui ont rempli le questionnaire.

- L'équipe segmente les activités avec les autres corps de métiers. Cela nécessite donc de proposer le questionnaire à l'ensemble des professionnels qui jouent un rôle dans la prise en charge des patients.
- La différence des résultats a soulevé la question suivante : n'aurait-il pas fallu traiter les données en considérant les compétences clés identifiées à la Figure 13 ? Et ainsi associer une pondération des réponses propre à chaque corps de métier ?

Le traitement des questionnaires a révélé également que les réponses s'avèrent moins détaillées et plus nuancées au fur et à mesure du remplissage des objectifs. Proposer de compléter les 5 objectifs était peut-être une charge de travail trop importante ou alors peut-être aurait-il fallu varier l'ordre des objectifs au sein de chaque questionnaire.

Enfin, la question 5 du questionnaire n'a pas été exploitée dans la calibration. Cette question a pour vocation d'ajuster la pondération des 11 Profils Patient créés. Les données recueillies à cette question sont tellement variées que dans le temps disponible pour la rédaction de ce mémoire, il me fût impossible de les traiter.

C. Utilisation

Le SOTIF n'ayant pas encore été mis en phase de test, il est difficile de se positionner sur la méthodologie d'encodage de celui-ci.

La charge de travail est différente entre le matin, l'après-midi et la nuit, ne serait-ce qu'au regard du nombre de patients par infirmier (PARTIE II - IV.A. L'unité 63). Mais cette différenciation,

selon le moment de la journée, n'a pas été prise en compte dans la constitution des Profils Patient. C'est donc une charge en compétences quotidienne qui est calculée pour le SOTIF. Comment utiliser et interpréter le SOTIF lorsque 3 équipes de soins se succèdent en 24h auprès du patient ?

Enfin l'utilisation du SOTIF prendra tout son sens lorsque le noyau des équipes de soins ne sera plus exclusivement composé d'infirmiers et d'aides-soignants. Ici il y a un double travail de préparation au changement à réaliser. Dans un premier temps, c'est au niveau de la direction que cela se joue, avec l'élaboration des fiches de poste, une redéfinition des missions de chacun et la création d'un nouveau modèle d'équipe. Dans un second temps, il faudrait consacrer un temps conséquent aux équipes de soins. Pour, d'une part leur faire accepter que certaines actions de seront plus de leur ressort et d'autre part les accompagner dans l'acceptation de la présence de nouveaux professionnels dans leur quotidien.

L'acceptabilité du SOTIF pourrait être appuyée par un comparatif de celui-ci avec les outils présentés au paragraphe I.B de la PARTIE I. Si un état des lieux des outils de mesure de la charge de travail a été réalisé, aucune mise en parallèle des points forts et faibles de chaque outil n'a été rédigée. Or certains liens peuvent être faits. En l'occurrence, la notion d'excédent de ressources ($SOTIF > 1$) se retrouve déjà dans le NAS. La façon dont les utilisateurs du NAS traitent des résultats supérieurs à 100% pourrait orienter la conduite à tenir en cas de SOTIF bien au-delà de 1. La question principale dans ce cas de figure est la suivante : que faire du personnel en « excédent » dans le service ? Les discussions ci-dessus s'orientent, d'un côté vers une mobilité interne et redistribution ponctuelle des ressources en fonction des besoins, et d'un autre côté vers l'attribution de tâches moins en ligne directe avec leur poste. Comment réglementer ces propositions au niveau du contrat de travail ?

Enfin, les soins restent une activité centrée sur l'humain et celui-ci est variable surtout dans la maladie. Le meilleur SOTIF ne peut prévoir des situations d'urgence et/ou des prises en charges complexes et rares. Est-ce qu'un coefficient pourrait être introduit pour majorer la charge en compétences lorsqu'une situation de genre se présente ? Est-ce qu'un indicateur sur la Figure 11 pourrait être ajouté pour permettre à l'équipe de signaler une telle situation ? Beaucoup de questions restent encore en suspens.

Conclusion

Construire un nouvel outil de mesure n'est pas chose aisée. Les professionnels et les experts soulignent le besoin de partir de ce qui existe déjà, d'outils validés et éprouvés.

Aujourd'hui, ce qui existe, ce sont des outils de mesure de la charge de travail infirmière exprimée en temps. Alors que les directions des institutions de soins se demandent comment faire face à la pénurie infirmière, qui s'aggrave avec la crise sanitaire liée à la Covid 19 : comment soigner sans infirmier ? D'autant que la charge en soins est exprimée depuis des dizaines d'années en temps infirmier ? Créer un nouvel outil de mesure la charge en soins sous l'angle des compétences convainc tant les professionnels de terrain que les professionnels de la mesure de charge en soins.

L'expertise de la Supply Chain Management sert la planification et la coordination des activités quotidiennes. Elle permet également d'imaginer une mise en relation des compétences des professionnels de soins et de la charge en soins, notamment à travers la mesure de la conformité. L'On Time In Full mesure qualitativement et quantitativement cette conformité et la gradue.

Sa transposition, le Skills-OTIF, met en rapport les ressources du service et sa charge en compétences. Les ressources du service y sont mesurées à travers une matrice décrivant les compétences de chaque métier, dans un modèle « 5+3 » qui fait l'unanimité.

La mesure quantitative du SOTIF est un indicateur brut de la charge de travail du service. La mesure qualitative va s'intéresser à la pluridisciplinarité et aux nouveaux modèles d'équipe envisageable. D'autres applications sont d'ores et déjà évoquées par les professionnels interrogés : support à la formation, création de binômes pluriprofessionnels, restructuration des équipes mobiles servant de soutien aux unités de soins. Ensuite, la notion de conformité est tout particulièrement appréciée et apporte la possibilité d'optimiser ses ressources et son personnel en cas de sous-effectif ou de surcharge de travail.

La partie « compétences au bon endroit » est très largement traitée dans ce mémoire, même si, dans le cas d'un excédent de ressources, il n'y a pas de positionnement des experts sur la conduite à privilégier. La logique qui sous-tend le SOTIF voudrait que les ressources soient redistribuées dans les unités dont le besoin est avéré, ponctuellement ou plus définitivement.

La partie « au bon moment » n'est pas encore exploitée. Le temps de soins concerné par la mesure du SOTIF n'est pas encore déterminée et nécessite des étapes de tests en situation réelle,

tests confrontant les résultats quantitatifs du SOTIF et un feedback détaillée de l'équipe de soins sur sa charge de travail.

Il reste de nombreuses étapes avant que le SOTIF soit exploitable, mais à ce stade il fédère tant les experts de la mesure de charge de travail que les managers de terrain. De nombreuses perspectives de développement et d'exploitation ont même été proposées.

Le SOTIF comme support pour l'optimisation des compétences d'une équipe de soins semble être une solution aux problématiques actuelles et futures. La mise en place du SOTIF confirmera-t-elle que la pluridisciplinarité sert la performance d'une équipe de soins et la qualité des soins ?

Bibliographie

ASBL CENTRE D'ÉDUCATION DU PATIENT, (2016), Les attentes du patient, *Centre d'Éducation du Patient*. <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/les-attentes-du-patient> (page consultée le 21/11/21)

AUCLAIR, I., SUELVES EZQUERRO, L. & TANGUAY, D. (ÉD.), (2019), *Violences genrées: enjeux et résistances*, Presses de l'Université Laval, Québec, Québec, 189 p.

BARBIER, C., (2008), La médiation hospitalière. Pour une meilleur communication entre patients et médecins - Éducation Santé, <https://educationsante.be>. <https://educationsante.be/la-mediation-hospitaliere-pour-une-meilleur-communication-entre-patients-et-medecins> (page consultée le 29/11/21)

BARET, C., VINOT, D. & DUMAS, F., (2008), *La gestion des ressources humaines face à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : Une proposition de modèle de recherche*, Actes du congrès de l'AGRH, Dakar.

BENNER, P., (2010), *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*.

BENTAHAR, O. & BENZIDIA, S., (2019), *Supply Chain Management de la santé*, Caen, 423 p.

BOUDART, G., DANS, C., DARIMONT, S., DE BOUVER, A., ELSÉN, D., MARISCHAL, C., ... NOËL, V., (2017), Référentiel de compétences : Spécialisation en Santé Communautaire - liée au Bachelier en Soins Infirmiers, Fédération Wallonie-Bruxelles.

BOUFFARTIGUE, P. & BOUTEILLER, J., (2006), Jongleuses en blouse blanche, *Temporalités. Revue de sciences sociales et humaines*, n°4, .

BOULA, J.-G., (2021), Le soi et Rôle professionnel, *Dondation Genevoise pour la formation et la recherche médicales*. https://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Soi_role_professionnel.htm (page consultée le 21/11/21)

BOULANGER, J.-M., (2021, août 13), Entretien réalisé au DI des CUSL.

BRUYNEEL, A., GUERRA, C., TACK, J., DROGUET, M., MAES, J. & MIRANDA, D. R., (2018), Traduction sémantique en français et implémentation du Nursing Activities Score en Belgique, *Médecine Intensive Réanimation*, vol. 27, n°3, p. 260-272.

BULECHEK, G. M., BUTCHER, H. K., MCCLOSKEY, J. C. & DEBOUT, C., (2010), *Classification des interventions de soins infirmiers: CISI, NIC*, Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux.

CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL, (2017, février 27), Pratiques de surveillance du rythme cardiaque à l'aide de la télémétrie. <https://www.chudequebec.ca/actualites/pratiques-de-surveillance-du-rythme-cardiaque-a-l%E2%80%99.aspx> (page consultée le 10/05/22)

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, (2016), Evaluation périodique, Document interne.

CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, (2018a), Référentiel ACI : guide créé à l'attention du personnel des Cliniques universitaires Saint-Luc, Document interne.

CLINQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, (2018b, juillet 4), TPI² : qu'est-ce que c'est ?, *Arrêt sur images*. <http://www.rapport-saintluc.be/tpi%C2%B2-qu%E2%80%99est-ce-que-c%E2%80%99est> (page consultée le 21/11/21)

CLINQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, (2019), Formulaire entretien de progrès au département infirmier, Document interne.

CLINQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, (2020), Support de formation pour Certification Green Belt, Document interne.

CLINQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, (2021a), Une architecture au cœur de la Vie | Le programme Hôpital 2025, *Hôpital 2025*. <https://hopital2025.be/le-programme-hopital-2025/> (page consultée le 21/11/21)

CLINQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, (2021b), Valeurs, *Intranet Saint-Luc*. <https://intranet.saintluc.be/institution/valeurs/index.php> (page consultée le 21/11/21)

CLINQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, (2021c), Votre avis nous intéresse, *Cliniques universitaires Saint-Luc*. <https://www.saintluc.be/fr/votre-avis> (page consultée le 21/11/21)

COMMISSION COMMUNAUTAIRE DES PROFESSIONS ET DES QUALIFICATIONS, (1998), Secteur 8 - PQ - Educateur (ressource 3833).

COMMISSION COMMUNAUTAIRE DES PROFESSIONS ET DES QUALIFICATIONS, (1999), Secteur 8 - PQ - Animateur (ressource 3834).

COMMISSION COMMUNAUTAIRE DES PROFESSIONS ET DES QUALIFICATIONS, (2002), Secteur 8 - PQ - Agent medico-social (ressource 3836).

COMMISSION COMMUNAUTAIRE DES PROFESSIONS ET DES QUALIFICATIONS, (2004), Profil de qualification Aide logistique en collectivité ((ressource 5379).

CONSEIL FÉDÉRAL DE L'ART INFIRMIER, (2017), Profil professionnel et de compétences de l'assistant de soins.

CONSEIL FÉDÉRAL DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES, (2017), Avis concernant la profession de l'assistant pharmaceutico-technique.

DAMERON, S., (2002), La dynamique relationnelle au sein d'équipes de conception, *Le travail humain*, vol. 65, n°4, p. 339-361.

DE MUNCK, P., PALIGOT, F., BARBOSA, V., HEYMANS, I., SOMASSÈ, E., SAINT AMAND, F., ... MACQ, J., (2011), *Les métiers de demain de la première ligne de soins*, Fédération des maisons médicales.

DELVAUX, A., (2006), Méthodologie des clignotants pour l'audit externe du R.I.M., p. 13.

DESCHODT M, CLAES V, VAN GROOTVEN B, MILISEN K, BOLAND B, FLAMAING J, DENIS A, DAUE F, MERGAERT L, DEVOS C, MISTIAEN P, VAN DEN HEED K. Comprehensive geriatric care in hospitals: the role of inpatient geriatric consultation teams. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 245. D/2015/10.273/48.

DESCHODT M, CLAES V, VAN GROOTVEN B, MILISEN K, BOLAND B, FLAMAING J, DENIS A, DAUE F, MERGAERT L, DEVOS C, MISTIAEN P, VAN DEN HEEDE K. Approche gériatrique globale : rôle des équipes de liaison interne gériatrique – Synthèse. Health Services Research (HSR) Bruxelles : Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 245Bs. D/2015/10.273/46.

DEVOS C, CORDON A, LEFÈVRE M, OBYN C, RENARD F, BOUCKAERT N, GERKENS S, MAERTENS DE NOORDHOUT C, DEVLEESSCHAUWER B, HAELTERMAN M, LÉONARD C, MEEUS P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.

DEVRIESE S, VAN DE VOORDE C. Clustering des groupes de pathologies selon les similarités de séjours hospitaliers – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 270B. D/2016/10.273/61.

DIRECTION DE L’HOSPITALISATION, ET DE L’ORGANISATION DES SOINS, SOUS-DIRECTION DE L’ORGANISATION, & DU SYSTÈME DE SOINS, (2003), Bulletin Officiel n°2003-45 : Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-45/a0453485.htm> (page consultée le 28/11/21)

DUMAS, M., DOUGUET, F. & FAHMI, Y., (2016), Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?, *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, vol. 20, n°1, p. 45.

DURBECQ, J. & DEBELLE, C., (2007), La mobilité dans le département infirmier : l’outil de charge de travail comme aide à la décision.

ÉQUIPEMENTS DE SANTÉ - LITS D’HÔPITAUX - OCDE DATA, (2021), *theOECD*. <http://data.oecd.org/fr/healthqt/lits-d-hopitaux.htm> (page consultée le 05/12/21)

EXCHAQUET, N. & ZÜBLIN, L., (1980), *Effectif et organisation pour des soins infirmiers adéquats*, Le Centurion, Paris, 185 p.

FÉDÉRATION NATIONALE BELGE DES ERGOTHÉRAPEUTES & NATIONALE BELGISCHE FEDERATIE VAN DE ERGOTHERAPEUTEN, (2017), Profil Ergothérapeute.

FENDER, M. & BARON, F., (2012), *Pratique du Supply Chain Management : en 37 fiches-outils*, Dunod : L’Usine nouvelle, Paris, 199 p.

FONTAINE, J.-L., (2021, avril 27), Entretien au DI des CUSL.

FONTAINE, J.-L. & DUMITREASA, E., (2020), Rapport du CLA : année 2020. Bilan de l’utilisation des ressources mobiles – Comparaison des années 2019-2020, Document interne.

GROUPE DE TRAVAIL COMMUNICATION CUSL, (2021, mars 25), *La méthode CELLS : passons de la bulle à la cellule*, Réunion des infirmiers chefs - CUSL.

GUERRA, C., (s. d.), *Traduction au français et adaptation culturelle du NAS*, Université Libre de Bruxelles : Ecole de Santé Publique.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, (2017), La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention de soins.

INSTANCE CADRE FRANCOPHONE DES CERTIFICATIONS, (2020), Description de la certificat de compétences acquises en formation de secrétaire médicale, *Fédération Wallonie Bruxelles*. <https://cfc.cfwb.be/cfc/detail/> (page consultée le 24/10/21)

INSTITUT DE CLASSIFICATION DES FONCTIONS, (2021), Éventail de fonctions - IFIC. <https://www.if-ic.org/fr/eventail-de-fonctions> (page consultée le 21/11/21)

JOUCK, P., DURAND, C., MIERMANS, P.-J., STEINBERG, P. & VIVET, V., (2018), *Assistants pharmaceutico-techniques sur le marché du travail*, Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé Service Professions de Santé et Pratique professionnelle DG Soins de santé SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 43 p.

JOURNAL OFFICIEL DE L'UNION EUROPÉENNE, (2013), (Directive 2013/55/UE du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n°1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:fr:PDF> (page consultée le 21/11/21)

KANAWATY, G., (1996), *Introduction à l'étude du travail*, BIT, Genève.

KCE, (2020), Soins centrés sur le patient, *Vers une Belgique en bonne santé*. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/soins-centres-sur-le-patient> (page consultée le 21/11/21)

LAFRENIÈRE, S., (2020, avril 17), Des soins vitaux, pas des soins «de base», *La Presse*.

LAINÉ, A., (2018), 5. Accompagner, un art de l'entre-deux, *Trames*, p. 137-162.

LE FOREM, (2019), *Métiers d'avenir : Chef de projet*, 26 p.

LE FOREM, (2021), Liste 2021 : fonctions critiques et métiers en pénurie.pdf. https://www.leforem.be/content/dam/leforem/fr/documents/20210712_Analyse_Liste-2021_fonctions-critiques.pdf (page consultée le 21/11/21)

LE MOIGNE, R., (2017), *Supply Chain Management: achat, production, logistique, transport, vente*, Dunod, Malakoff.

LIÉNARD, A., KONINGS, S., HERTAY, A., DELVAUX, N., DE VALCK, C. & RAZAVI, D., (2016), *Le processus d'annonce d'un diagnostic : description des pratiques innovantes et recommandations*, SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 315 p.

MALENGREAUX, S., (2017), *Tirez votre plan! Une analyse de « Plans » pour promouvoir la santé en Flandre, en France, au Québec et en Suisse.*, Woluwe-Saint-Lambert : RESO.

MARCHAND, G., MESTDAGH, J. & THIEREN, C., (2019, mars), *NRGnew - 2ème journée d'étude*, Service data et informations stratégiques DGGS - SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

MÉDIAS DE BRUXELLES, (2021, février 11), Manque d'infirmières et d'infirmiers : 15% d'inscriptions en moins à la haute école De Vinci, *BX1*. <https://bx1.be/news/manque-dinfirmieres-et-dinfirmiers-15-dinscriptions-en-moins-a-la-haute-ecole-de-vinci/> (page consultée le 21/11/21)

MEININGER, V., FONTAINE, B., GRABLI, D., BASDEVANT, A., CLEMENT, K., VIGNOT, M. & CORDESSE, V., (2014), Quelle place pour un nouveau métier dans la santé : la coordination des soins ?, *La Presse Médicale*, vol. 43, n°10, p. 1031-1033.

MERTENS, C., (2021, novembre 4), Entretien au DI des CUSL.

MERTENS, C., (2022, avril 15), Entretien avec l'équipe CELLS.

MIAS, L., (1996), Dépendance et charge de travail. <http://papidoc.chic-cm.fr/36PmsiExchaquet.pdf> (page consultée le 21/11/21)

MIAS, L., (1999), Programme de Recherche en Nursing. <http://papidoc.chic-cm.fr/36PmsiPrn.pdf> (page consultée le 21/11/21)

MICHEL, P., HAERINGER-CHOLET, A., KERIEL-GASCOU, M., LARRIEU, C., QUENON, J.-L., VILLEBRUN, F. & BRAMI, J., (2014), Etude épidémiologique en soins primaires sur les événements indésirables associés aux soins en France (*Esprit* 2013), n°24-25, p. 410-416.

MINVIELLE, É., (2000), Réconcilier standardisation et singularité: les enjeux de l'organisation de la prise, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n°1, p. 8-22.

MONITEUR BELGE, (1997), Arrêté Royal 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1997020545&table_name=loi (page consultée le 24/10/21)

MONITEUR BELGE, (2006), Fonction d'infirmier en chef, *AFISO*. https://www.afiso.be/Fonction-d-infirmier-en-chef-13-JUILLET-2006_a85.html (page consultée le 24/10/21)

MUNCK, P. D., PALIGOT, F., SOMASSÈ, E., CAREMANS, B. & DRUYTS, I., (2011), *Annexe I Description des fonctions dans les soins de santé primaires en Belgique*, Fédération des maisons médicales, 34 p.

NAIDITCH, M., (1990), Au-delà des DRG : les méthodes de classification des malades : objectifs, méthodes et résultats, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 8, n°2, p. 67-114.

OPAL SOLUTIONS, (2021), Accueil : Recentrons la santé sur l'humain, *Opal Solutions*. <https://opalsolutions.be/fr/> (page consultée le 26/03/22)

PAILLÉ, P. & MUCCHIELLI, A., (2016), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Malakoff.

PETITE ENTREPRISE.NET, (2013), Définition sourcing. <https://www.petite-entreprise.net/P-2647-85-G1-definition-sourcing.html> (page consultée le 21/11/21)

PETRICH, E., (2017), *Nursing Workload Acuity* Présenté à Capter ANIA Conference, Providence St Joseph Health, , Southern California.

PHANEUF, M., (2013), Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers, p. 23.

PHILIPPE, M., (2009), Six Sigma & Maîtrise statistique des processus, Document interne.

PAULUS D, VAN DEN HEED K, MERTENS R. Proposition paper : organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique, Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Reports 190Bs. D/2012/10.273/83.

REIS MIRANDA, D. & JEGERS, M., (2012), Monitoring costs in the ICU: a search for a pertinent methodology: Monitoring costs in the ICU, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, vol. 56, n°9, p. 1104-1113.

RICOUR, C., DESAINTHUBERT, M., GILLAIN, S. & PETERMANS, J., (2014), Dépister la fragilité, un bénéfice pour le patient et pour le soignant, *Rev Med Liège*, vol. 69, n°5-6, p. 5.

ROUBY, X., (2021, décembre 14), Entretien avec Opal Solutions.

ROUBY, X. & FONTENELLE, I., (2022, janvier 25), Entretien avec Opal Solutions.

SCIENSANO, (2018), HISIA, *Enquête belge sur la santé par entretien*. https://s9xjb.wiv-isp.be/SASStoredProcess/guest?_program=/HISIA/SP/selectmod2018&module=chron (page consultée le 10/10/21)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION, (s. d.), Ressources et utilitaires : score Omega. <https://sfar.org/scores/omega.php> (page consultée le 21/11/21)

SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, (2015), Profil professionnel et de compétence de l'infirmier responsable de soins généraux – Approuvé par le Conseil Fédéral de l'Art Infirmier en sa séance du 1er avril 2015. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_verpleegkunde-fr/19081904_fr.pdf (page consultée le 24/10/21)

SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, (2016, janvier 12), Services hospitaliers et programmes de soins, *SPF Santé publique*. <https://www.health.belgium.be/fr/services-hospitaliers-et-programmes-de-soins> (page consultée le 22/02/22)

SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, (2017), Manuel de codage des Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum DI-RHM.

SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, (2019), Données phares dans les soins de santé : Hôpitaux généraux.

SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, (2020, octobre 14), Circulaire à l'attention des gestionnaires des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques : Informations relatives aux modalités d'exécution du Fonds Blouses Blanches. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/circulaire

e_information_sur_le_fonds_blouses_blanches_2020-14102020.pdf (page consultée le 21/11/21)

SPF SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT & SERVICE DATA ET INFORMATIONS STRATÉGIQUES - DGGS, (2019, mars), Manuel NRGnew : Méthodologie et construction.

SPF STRATÉGIE ET APPUI BOSA, (2019), Gestion des compétences, *Fedweb*. https://fedweb.belgium.be/fr/a_propos_de_l_organisation/developpement_et_support/collaborateurs/gestion_des_compétences (page consultée le 24/10/21)

SPF STRATÉGIE ET APPUI BOSA & DG RECRUTEMENT ET DÉVELOPPEMENT, (2018a), Gestion des compétences au sein de l'administration fédérale - Profils de compétences génériques : Base et marges.

SPF STRATÉGIE ET APPUI BOSA & DG RECRUTEMENT ET DÉVELOPPEMENT, (2018b), Les profils de compétences techniques : Manuel, Description de fonctions et profils de compétences au sein de l'Administration fédérale.

SWYSEN, D., (2021, février 2), Les inscriptions aux études d'infirmier en chute libre: – 40% en cinq ans, *Édition digitale de Liège*. <https://lameuse.sudinfo.be/738435/article/2021-02-02/les-inscriptions-aux-etudes-dinfirmier-en-chute-libre-40-en-cinq-ans> (page consultée le 21/11/21)

TARDIF, J., (2006), *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*, Montréal, 38 p.

TARDIF, J. & DUBOIS, B., (2013), De la nature des compétences transversales jusqu'à leur évaluation : une course à obstacles, souvent infranchissables, *Revue française de linguistique appliquée*, vol. XVIII, n°1, p. 29.

THIÉTART, R.-A., (2014), *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris.

TILQUIN, C., (2003a), *Bénéfices de l'informatisation de la méthode PRN de mesure des charges en soins infirmiers*.

TILQUIN, C., (2003b, juillet), *Stratégies et outils de mesure des charges en soins infirmiers*, Université de Montréal.

TOUCAN TOCO, (2021), 4 règles pour construire des KPIs qui ont du sens. <https://www.toucantoco.com/blog/4-regles-pour-construire-des-kpis> (page consultée le 21/11/21)

TRAJET PATIENT INTÉGRÉ ET INFORMATISÉ, (2020), Epic.

VAN DEN HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DE VOORDE C, SERMEUS W. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR) Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 325. D/2019/10.273/75.

VAN DEN HEEDE K, BRUYNEEL L, BEECKMANS D, BOON N, BOUCKAERT N, CORNELIS J, DOSSCHE D, VAN DE VOORDE C, SERMEUS W. Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs

dans les hôpitaux aigus – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325Bs. D/2019/10.273/73

VAN WALRAVEN, C. & FORSTER, A., (2017), The HOMR-Now! Model Accurately Predicts 1-Year Death Risk for Hospitalized Patients on Admission, *The American Journal of Medicine*, vol. 130, n°8, p. 991.e9-991.e16.

VAN WALRAVEN, C., MCALISTER, F., BAKAL, J., HAWKEN, S. & DONZE, J., (2015), External validation of the Hospital-patient One-year Mortality Risk (HOMR) model for predicting death within 1 year after hospital admission, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 187, .

WALLEX, (2014), Arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers. https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/0/Arr%C3%AAt%C3%A9_royal_fixant%2C_d'une_part%2C_les_normes_auxquelles_le_programme_de_soins_pour_le_patient_g%C3%A9riatrique_doit_r%C3%A9pondre_pour_%C3%AAtre_agr%C3%A9%C3%A9_et%2C_d'autre_part%2C_des_normes_compl%C3%A9mentaires_sp%C3%A9ciales_pour_l'agr_01-09-2007-.pdf (page consultée le 21/11/21)

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2012), Noncommunicable diseases. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1 (page consultée le 10/10/21)

YIN, R. K., (2003), *Case study research: design and methods*, Sage Publications, Thousand Oaks, Calif, 181 p.

ZED, P. J., (2011), Événements indésirables liés aux médicaments et pratique de la pharmacie hospitalière : Sortir de nos sentiers battus, *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, vol. 64, n°5, p. 309-310.

Annexes

Annexe 1 : Matrice métiers/compétences du SOTIF

Niveau d'expertise Code	Soins globaux			Soutien et travail délégué					Soins spécifiques			Promotion de la santé			Managériales	
	Infirmier en soins généraux	Collaborateur social	Ergothérapeute	Educateur	Aide soignant	Aide logistique	Assistant de soins pratiques	Secrétaire	Animateur	Médiateur en santé	A délégué	Infirmier communautaire	Gestionnaire de projets	Coordonnateur de soins		
	Collaborateur ISGI	ESG2	CS	Erg	Edu	As1	As2	Ap	Apt	Sec	Ani	MS	ISC	GP	CS	
Gestion de l'information																
												</				

Figure 13 : Profils métiers/compétences du SOTIF (Tonnelier, 2022)

Annexe 2 : Questionnaire utilisé pour le calibrage des Profils Patients

Objectif X

1. Pour mener à bien cet objectif de soins, quel est le poids des **soins d'accompagnement** ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Parmi ces activités, distribuez **20 points** en fonction de leur importance pour mener à bien cet objectif de soins (un item peut parfaitement ne recevoir aucun point).

Activités d'entretien ménager	
Activités de rangement	
Gestion du matériel	
Nursing	
Actes de la vie quotidienne	
Prise des paramètres	
Soins préventifs	
Préparation médication	

2. Pour mener à bien cet objectif de soins, quel est le poids des **soins curatifs** ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Parmi ces activités, distribuez **20 points** en fonction de leur importance pour mener à bien cet objectif de soins (un item peut parfaitement ne recevoir aucun point).

Interprétation des paramètres	
Dépistage	
Soins de plaies	
Soins de cathéter	
Administration médication	
Surveillance	
Diagnostic	
Soins de motricité	

3. Pour mener à bien cet objectif de soins, quel est le poids des **soins relationnels** ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Parmi ces activités, distribuez **20 points** en fonction de leur importance pour mener à bien cet objectif de soins (un item peut parfaitement ne recevoir aucun point).

Présence active	
Information et orientation	
Soutien dans les situations de crise	
Représentativité dans les décisions	
Education à la santé	
Promotion à la santé	
Animation	
Prise en charge sociale	

4. Pour mener à bien cet objectif de soins, quel est le poids de la **prise en charge administrative** ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Parmi ces activités, distribuez **20 points** en fonction de leur importance pour mener à bien cet objectif de soins (un item peut parfaitement ne recevoir aucun point).

Gestion administrative globale	
Recueil de données	
Rapports	
Réunion de concertation	
Informier avec le patient et son entourage	
Besoin en procédures	
Synthèse	

5. Quelles variables et/ou caractéristiques du patient peuvent venir **modifier les poids (en + ou en -)** des points précédents ?

	+	-
	+	-
	+	-

6. Pour **combien de patients** avec cet objectif de soins faut-il :

Un infirmier chef	
Un coordinateur de soins	
Un gestionnaire de projets	

Annexe 3 : Matrice finale des Profils Patients pondérés pour l'unité 63 des CUSL

	Profils généraux										
	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Profil 4	Profil 5	Profil 6	Profil 7	Profil 8	Profil 9	Profil 10	Profil 11
Gestion de l'information											
Gestion administrative	0,112122	0,168182	0,157222	0,094653	0,183264	0,088611	0,175	0,2625	0,125139	0,219732	0,21375
Recueil de données	0,128455	0,192682	0,194365	0,130556	0,258889	0,128333	0,124444	0,186667	0,128819	0,259375	0,257153
Assurer le reporting	0,125052	0,187578	0,234375	0,153403	0,269514	0,116111	0,151667	0,2275	0,161944	0,315347	0,278056
Case management	0,034028	0,051042	0,216389	0,150139	0,287639	0,1375	0,132222	0,198333	0,1325	0,282639	0,27
Informar avec le patient et son entourage	0,193448	0,290172	0,263576	0,169722	0,328611	0,158889	0,233333	0,35	0,187708	0,357431	0,346597
Veiller à l'accessibilité des procédures	0,034028	0,051042	0,051042	0,032639	0,063194	0,030556	0,038889	0,058333	0,036806	0,069444	0,067361
Fonction de synthèse	0,084729	0,127094	0,096389	0,052222	0,110278	0,058056	0,120556	0,180833	0,088333	0,140556	0,146389
Gestion des tâches											
Structurer le travail	0,967742	1,451613	1,419355	0,935484	1,903226	0,967742	0,967742	0,967742	0,967742	1,903226	1,935484
Suivi de l'exécution	0,967742	1,451613	1,419355	0,935484	1,903226	0,967742	0,967742	0,967742	0,967742	1,903226	1,935484
Gérer l'organisation	0,967742	1,451613	1,419355	0,935484	1,903226	0,967742	0,967742	0,967742	0,967742	1,903226	1,935484
Planifier les tâches	0,967742	1,451613	1,419355	0,935484	1,903226	0,967742	0,967742	0,967742	0,967742	1,903226	1,935484
Coordonner les activités	0,967742	1,451613	1,419355	0,935484	1,903226	0,967742	0,967742	0,967742	0,967742	1,903226	1,935484
Mise en place de projets	0,967742	1,451613	1,419355	0,935484	1,903226	0,967742	0,967742	0,967742	0,967742	1,903226	1,935484
Pilotage de projets	0,967742	1,451613	1,419355	0,935484	1,903226	0,967742	0,967742	0,967742	0,967742	1,903226	1,935484
Gestion des collaborateurs											
Partager son savoir-faire	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Encadrement et tutorat	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Formation continue de ses collaborateurs	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Motiver ses collaborateurs	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Diriger les collaborateurs	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Souder les équipes	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Gestion des relations											
Coaching personnalisé	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Prendre part aux réunions	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Veiller au suivi des informations	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Ecouter activement	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Maintenir une dynamique de groupe	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
S'appuyer sur le réseau	0,050195	0,075293	0,082862	0,056391	0,104974	0,048583	0,048596	0,048596	0,052941	0,109332	0,101524
Soins d'accompagnement											
Activités d'entretien	0,088403	0,132604	0,121229	0,07931	0,136576	0,056667	0,0625	0,09375	0,082639	0,162549	0,139306
Activités de rangement	0,110271	0,165406	0,13241	0,07931	0,131854	0,051944	0,085625	0,128438	0,105	0,18491	0,156944
Gestion du matériel	0,100965	0,151448	0,435881	0,076158	0,142269	0,066111	0,089732	0,134688	0,719444	0,795603	0,785556
Nursing	0,316854	0,475281	0,542642	0,392919	0,657364	0,264444	0,18525	0,277875	0,299444	0,692364	0,563889
Actes de la vie quotidienne	0,149354	0,224031	0,257154	0,168196	0,342918	0,174722	0,177667	0,2665	0,177917	0,346113	0,352639
Prise des paramètres	0,163313	0,244969	0,340208	0,241528	0,435139	0,193611	0,104167	0,15625	0,197361	0,438889	0,390972
Soins préventifs	0,15866	0,23799	0,238264	0,154167	0,395	0,240833	0,115875	0,173813	0,168194	0,322361	0,409028
Préparation médication	0,158194	0,237292	0,290903	0,210634	0,385417	0,174722	0,1875	0,28125	0,160417	0,371111	0,335133
Soins curatifs											
Interprétation des paramètres	0,112778	0,169167	0,213149	0,1396	0,275867	0,136267	0,144597	0,144597	0,147097	0,286697	0,283364
Dépistage	0,092639	0,138958	0,175101	0,10075	0,193328	0,092578	0,108347	0,108347	0,148703	0,249453	0,241281
Soins de plaies	0,112778	0,169167	0,172919	0,10525	0,205206	0,099956	0,112375	0,112375	0,135339	0,240589	0,235294
Soins de cathéter	0,112778	0,169167	0,206238	0,14525	0,356583	0,211333	0,068069	0,068069	0,121975	0,267225	0,333308
Administration médication	0,153056	0,229583	0,354676	0,2646	0,439356	0,174756	0,148424	0,148424	0,180153	0,444753	0,354908
Surveillance	0,201389	0,302083	0,416611	0,2978	0,503667	0,205867	0,152451	0,152451	0,237622	0,535422	0,443489
Diagnostic	0,136944	0,205417	0,247954	0,1728	0,329778	0,156978	0,092035	0,092035	0,150308	0,323108	0,307286
Soins de motricité	0,088611	0,132917	0,233174	0,1541	0,288856	0,134756	0,111972	0,111972	0,158147	0,312247	0,292903
Soins relationnels											
Présence active	0,162208	0,273313	0,287708	0,182222	0,34331	0,161088	0,177351	0,266026	0,210972	0,393194	0,37206
Information et orientation	0,185625	0,278438	0,303472	0,204444	0,413657	0,209213	0,185205	0,277807	0,198056	0,4025	0,407268
Soutien dans les situations de crise	0,157583	0,236375	0,3125	0,217778	0,378472	0,160694	0,159295	0,238943	0,189444	0,407222	0,350138
Représentativité dans les décisions	0,103792	0,155688	0,107431	0,062222	0,144953	0,082731	0,102059	0,153089	0,090417	0,152639	0,173148
Education à la santé	0,148125	0,222188	0,263889	0,177778	0,385809	0,208031	0,180691	0,271036	0,172222	0,35	0,380253
Promotion à la santé	0,124625	0,186938	0,169097	0,106667	0,266573	0,153906	0,156226	0,234339	0,124861	0,231528	0,284767
Animation	0,05	0,075	0,070278	0,044444	0,105694	0,06125	0,058094	0,087141	0,051667	0,096111	0,112917
Prise en charge sociale	0,131458	0,197188	0,125069	0,075556	0,183356	0,1078	0,154194	0,231292	0,099028	0,174583	0,206828

Figure 14 : Pondération des Profils Patients pour l'unité 63 des CUSL (Tonnelier, 2022)

