

Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites

KCE reports 86B

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé

Présentation : Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé est un parastatal, créé le 24 décembre 2002 par la loi-programme (articles 262 à 266), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales, qui est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'administration

Membres effectifs : Gillet Pierre (Président), Cuypers Dirk (Vice-Président), Avontroodt Yolande, De Cock Jo (Vice-Président), De Meyere Frank, De Ridder Henri, Gillet Jean-Bernard, Godin Jean-Noël, Goyens Floris, Maes Jef, Mertens Pascal, Mertens Raf, Moens Marc, Perl François, Van Massenhove Frank, Vandermeeren Philippe, Verertbruggen Patrick, Vermeyen Karel.

Membres suppléants : Annemans Lieven, Bertels Jan, Collin Benoît, Cuypers Rita, Decoster Christiaan, Dercq Jean-Paul, Désir Daniel, Laasman Jean-Marc, Lemye Roland, Morel Amanda, Palsterman Paul, Ponce Annick, Remacle Anne, Schrooten Renaat, Vanderstappen Anne..

Commissaire du gouvernement : Roger Yves

Direction

Directeur général a.i. : Jean-Pierre Closon

Directeur général adjoint a.i. : Gert Peeters

Contact

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
Rue de la Loi 62
B-1040 Bruxelles
Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : info@kce.fgov.be

Web : <http://www.kce.fgov.be>

Différenciation de fonctions
dans les soins infirmiers en
milieu hospitalier :
possibilités et limites

KCE reports 86B

GEOFFROY BERCKMANS, LUCIA ALVAREZ IRUSTA, NADIA BOUZEGTA,
TOM DEFLOOR, GERT PEETERS, SABINE STORDEUR,
MICHELINE GOBERT

KCE REPORTS 86B

Titre :	Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites
Auteurs :	Geoffroy Berckmans (UCL), Lucia Alvarez Irusta (UCL), Nadia Bouzegta (UGent), Tom Defloor (UGent), Gert Peeters (KCE), Sabine Stordeur (KCE), Micheline Gobert (UCL)
Experts externes :	William D'hoore (UCL), Daniel Gillain (CHU Liège), Geert Molenberghs (UH), Walter Sermeus (KUL), Etienne Vermeire (UA)
Acknowledgements	Mostafa Berdii (CIPMP), Cécile Piron (UCL), Thérèse Van Durme (UCL), Mathilde Coëffe (UCL), Jacqueline Vandermeersch (UCL), Isabelle Violet (UCL), Catherine Bauwens (UCL), Nathalie Hubert, Mieke Grypdonck (UGent), Ann Van Hecke (UGent), Dimitri Beeckman (UGent), Veerle Defloor, Laurence Kohn (KCE), Imgard Vinck (KCE), Stephan Devriese (KCE) et tous les infirmiers de terrain qui ont participé à la recherche
Validateurs :	Alain Junger (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), Olivier Thonon (CHU Liège), Luc Van Gorp (Katholieke Hogeschool Limburg)
Conflit d'intérêt :	aucun conflit déclaré
Disclaimer:	Les experts externes ont collaboré au rapport scientifique qui a ensuite été soumis aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.

Mise en Page : Ine Verhulst

Bruxelles, 15 septembre 2008

Etude n° 2006-22

Domaine : Health Services Research (HSR)

MeSH : Nursing Staff, Hospital ; Clinical Competence ; Needs Assessment ; Allied Health Personnel ; Job Description

NLM classification : WY 125

Langage : français, anglais

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépôt légal : D/2008/10.273/53

La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée. Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Comment citer ce rapport ?

Berckmans G, Alvarez Irusta L, Bouzegta N, Defloor T, Peeters G, Stordeur S, et al. Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports 86B (D/2008/10.273/53)



PREFACE

La discussion actuelle sur la différenciation des fonctions infirmières trouve son origine dans différents problèmes.

Citons en exemple les tensions entre l'offre et la demande en soins infirmiers, les problèmes budgétaires des institutions de soins, la complexité croissante des soins, le rôle infirmier mal défini et l'image un peu pâle de la profession. Le nombre d'infirmières disponibles sur le marché du travail est plus bas que jamais. Les hôpitaux, les institutions et les organisations de soins vont devoir tout mettre en œuvre pour maintenir un cadre infirmier suffisant et ayant les compétences nécessaires.

La différenciation des fonctions infirmières apparaît comme un des instruments dans les mains des décideurs pour résoudre ces problèmes. Appliquer la différenciation de fonctions implique de revoir non seulement le rôle des infirmières mais aussi l'organisation des soins, avec l'espoir d'améliorer l'image de la profession, de la rendre plus attractive et de pouvoir offrir des possibilités de carrière intéressantes.

Par ailleurs, la différenciation de fonctions n'est pas une réponse apportée au seul problème du marché du travail. La discussion sur la différenciation de fonctions peut aussi être envisagée pour améliorer l'efficacité de la délivrance des soins. Quelles tâches peuvent être déléguées à du personnel ayant des qualifications différentes ? Comment adapter la composition du personnel de soins de façon à disposer d'une offre de soins flexible et dynamique répondant aux besoins spécifiques de chaque patient et garantissant la qualité des soins ?

Ce rapport tente d'élargir le champ de réflexion relatif à la différenciation de fonctions. Il ne s'agit pas de se contenter d'introduire des fonctions de soutien. La profession infirmière est dépeinte comme un groupe professionnel hiérarchisé et hétérogène. Pour expliquer la complexité de la profession, ce rapport contribue à mieux repositionner le problème et à dégager des pistes concrètes pour l'appréhender. Comment faire pour exploiter au mieux le potentiel infirmier et le valoriser au maximum ? Existe-t-il en Belgique une base pour se lancer dans une pratique différenciée et quelles conditions préalables doivent être remplies ?

Nous souhaitons remercier tous les infirmiers et infirmières qui ont contribué à cette recherche en décrivant des cas, en répondant à des questionnaires ou en participant à des focus groups.

Gert Peeters
Directeur général adjoint a.i.

Jean Pierre Closon
Directeur général a.i.

Résumé

I INTRODUCTION

Un déséquilibre entre l'offre de soins et la demande de soins se profile : les situations cliniques deviennent de plus en plus complexes, la demande en soins se modifie et les difficultés de recrutement de personnel infirmier qualifié sont déplorées par les gestionnaires hospitaliers.

La différenciation de fonctions est une réponse possible pour faire face au déséquilibre entre l'offre et la demande en soins infirmiers.

Cette étude appréhende les possibilités et limites de la différenciation de fonctions en soins infirmiers à l'hôpital. De plus, elle se penche sur l'espace existant dans les hôpitaux en Belgique pour une telle différenciation de fonctions.

Le présent rapport se propose de répondre à 4 questions principales : (1) à quelles conditions peut-on assurer une dotation infirmière adéquate et un éventail optimal des qualifications dans les services hospitaliers ? (2) quel est l'impact de la différenciation de fonctions sur la qualité des soins, l'efficacité, l'équipe médicale et infirmière et sur l'organisation des soins ? (3) quelles sont les expériences de différenciation de fonctions conduites à l'étranger et les structures de formation existantes pour former l'éventail de qualifications infirmières requises ? (4) quelles sont les possibilités d'introduire une différenciation de fonctions dans les hôpitaux belges ?

2 METHODE

Une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise a été réalisée pour répondre aux trois premières questions. En particulier, pour répondre à la troisième question, une comparaison entre le contexte belge et le contexte de 4 autres pays (France, Royaume-Uni, Pays-Bas et Canada (Québec)) a été effectuée. Pour chaque pays étudié, la synthèse de l'analyse a été validée par un expert local.

Pour apporter une réponse à la quatrième question, une recherche de terrain a été conduite au sein de 30 hôpitaux et plus spécifiquement dans les services suivants : soins intensifs, urgences, bloc opératoire, hémodialyse, gériatrie et chirurgie. Les infirmières de ces services ont rédigé des situations de soins propres à leur réalité de terrain. Parmi ces situations, des experts infirmiers expérimentés dans la spécialité ont sélectionné un total de 115 situations-patients. Ces experts ont ensuite identifié l'ensemble des soins à réaliser et les compétences infirmières requises en regard de chaque situation. Ces mêmes experts ont évalué la complexité des compétences requises et des situations de soins décrites sur base d'échelles d'évaluation prédéterminées (échelle Galama et échelle de UGent).

3 REVUE DE LITTÉRATURE : DOTATION INFIRMIERE ET EVENTAIL DES QUALIFICATIONS

La différenciation de fonctions est envisagée dans la littérature à trois niveaux : au niveau de l'institution, au niveau de l'équipe ou au niveau du prestataire de soins.

Au niveau de l'institution, la différenciation peut se traduire (1) par le mélange des postes ou des catégories de professionnels ou de métiers pour rencontrer les besoins de la population de patients soignée dans l'institution, (2) par la combinaison des qualifications et des compétences des prestataires pour répondre aux demandes de soins des patients, ou (3) par la substitution d'un type de professionnels par un autre pour la réalisation de tâches particulières.

Au niveau d'une équipe, la différenciation de fonctions s'opère par une combinaison de différents professionnels de santé au sein d'une équipe selon les soins nécessités par un groupe de patients. A ce niveau, intervient non seulement la dotation –une composition équilibrée en nombre de professionnels par catégorie– mais également la complémentarité des compétences (skill mix).

Au niveau individuel, la différenciation passe par l'élargissement des rôles et des qualifications, par la substitution de tâches entre différents professionnels, par la délégation de tâches au sein de la même profession (p.ex. senior-junior), ou par l'innovation, c'est-à-dire la création d'une nouvelle catégorie de professionnels.

Dans la littérature consultée, deux formes de différenciation sont présentées : la différenciation de fonctions horizontale et la différenciation de fonctions verticale. Dans la première forme, les tâches sont attribuées à des professionnels infirmiers de même niveau de qualification mais ayant des spécialisations différentes selon la réponse à apporter aux besoins des patients. Dans la deuxième forme, certaines tâches sont attribuées à des collaborateurs de faible qualification tandis que d'autres sont dévolues à des collaborateurs plus qualifiés.

Les recherches conduites sur la différenciation de fonctions se subdivisent en deux groupes principaux. Le premier groupe se penche sur la substitution entre médecins et infirmières en pratique avancée. Le deuxième groupe s'intéresse à la dotation infirmière et au partage des tâches entre infirmières diplômées/spécialisées d'une part et infirmières auxiliaires/ aides soignantes ou assistants non qualifiés d'autre part.

Substitution médecins/infirmières

Les expériences de substitution des médecins généralistes et hospitaliers par des infirmières en pratique avancée ont permis : 1) de garantir voire d'améliorer la qualité des soins en favorisant le développement d'activités telles que l'éducation du patient et le suivi des malades chroniques ; 2) de faire face dans des régions isolées ou des secteurs spécifiques à un manque de médecins, et 3) de revaloriser la profession grâce à une formation complémentaire reconnue par une qualification spécifique qui est valorisée et qui permet des évolutions de carrière. Toutefois, en terme d'efficience, la substitution médecins/infirmières n'a pas permis, à court terme, un gain de coût en raison d'une hausse des dépenses liées à la formation, la coordination et la supervision des nouveaux professionnels.

Dotation infirmière

Les recherches conduites aux Etats-Unis et au Canada sur la dotation infirmière démontrent un lien très clair entre le nombre d'infirmières dans une équipe et la qualité des soins délivrés, une plus grande satisfaction des infirmières, une charge de travail moindre, et une diminution du niveau de stress et d'absentéisme. Une meilleure dotation d'équipe permet aussi d'accroître la productivité.

L'éventail des qualifications

Les résultats des études relatives à l'élargissement de l'éventail des qualifications ne sont pas clairs. Les résultats obtenus dépendent surtout du contexte dans lequel cet élargissement s'est opéré. Dans un contexte de pénurie infirmière et de compression budgétaire, les données probantes supportent l'association entre l'introduction dans les équipes infirmières de personnel moins qualifié et la survenue d'événements adverses graves voire létaux, l'augmentation de la durée de séjour et du coût des traitements.

Les expérimentations qui ont envisagé un recours à du personnel moins qualifié, non pas pour remplacer les infirmières mais pour les seconder, ont permis de libérer du temps de travail pour les infirmières et d'améliorer l'efficacité organisationnelle et la qualité des soins.

Les résultats obtenus lors de ces expériences dépendent beaucoup du modèle sur base duquel les personnels moins qualifiés travailleront : pour suppléer, compléter ou se substituer aux infirmières qualifiées.

Le succès des expériences d'introduction de personnel auxiliaire dans les équipes infirmières dépend des facteurs de succès classiques dans les projets d'introduction de changement dans une organisation.

Les expériences de partenariat entre infirmières et auxiliaires qui ont été mal préparées et mal encadrées ont généré insatisfaction et surcharge de travail pour les infirmières, qui ont été amenées à consacrer davantage de temps à la communication, à la coordination, à la supervision et à la gestion des conflits.

Aucune recherche ne décrit l'éventail de compétences le plus efficient ni la méthode de calcul la plus adéquate pour définir la dotation requise par unité.

4 ORGANISATION DE LA PROFESSION ET DE LA FORMATION : COMPARAISON INTERNATIONALE

La comparaison internationale décrit les expériences de différenciation de fonctions infirmières et l'organisation des formations au sein de 4 pays (France, Pays-Bas, Royaume-Uni et Canada —province du Québec) en parallèle avec la situation rencontrée en Belgique.

Il existe une grande disparité entre les pays étudiés en termes d'organisation de la profession infirmière et d'accès aux études. Sur le plan légal, chaque pays a défini des critères de formation, des critères d'exercice et un champ d'activité. Le niveau de précision de ce cadre légal varie d'un pays à l'autre.

Les Pays-Bas et le Québec organisent, au niveau de l'enseignement supérieur non-universitaire, la formation qui permet l'accès à la profession infirmière. Seules quelques spécialisations ou fonctions spécifiques sont enseignées au niveau universitaire.

Au Royaume-Uni, toutes les formations sont organisées au niveau universitaire ; à l'inverse, en France, elles sont toutes organisées dans des instituts de formation de niveau supérieur non universitaire. Alors que dans tous les pays, la tendance est à l'élévation du niveau de formation, en Belgique, on maintient, à côté de la formation des bacheliers en soins infirmiers, un niveau de formation qui relève de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire (4^o degré).

En Belgique, les filières de formation varient d'une communauté linguistique à l'autre puisque l'enseignement est une compétence communautaire, l'exercice de la profession relève d'une compétence fédérale. Dans la pratique hospitalière, le législateur fait peu de distinction entre les infirmières issues de formations différentes, puisque toutes les infirmières, quel que soit leur profil de formation et de compétences assurent les mêmes activités de soins pour tous les patients, et ce, quelle que soit la complexité de leurs besoins.

En termes de différenciation de fonctions, chaque pays a développé ses propres modalités. Le Québec a institutionnalisé l'aide infirmière (bénéficiant d'une formation de deux années complètes et d'un champ de compétence précis) et les infirmières en pratique avancée. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni s'organisent également dans ce sens. En France, la différenciation de fonctions horizontale est assez marquée en fonction de la spécialisation de l'infirmière diplômée d'Etat (infirmière de bloc opératoire, infirmière anesthésiste...) tandis que la différenciation de fonctions verticale est marquée par un nombre limité de niveaux de formation différents : auxiliaires, infirmières et cadres de santé. Cette structure simple permet d'avoir des champs de pratique bien différenciés mais implique un rôle très étendu des infirmières.

En Belgique, la différenciation horizontale est bien développée puisqu'il existe un grand nombre de spécialisations et de qualifications professionnelles différentes. Les bachelières en soins infirmiers ont accès à un nombre important de spécialisations et même à l'université pour entreprendre une maîtrise et un doctorat. De plus, des fonctions nouvelles se sont développées dans beaucoup d'hôpitaux belges, à savoir les fonctions d'infirmière de référence et, dans une moindre mesure, d'infirmière clinicienne.

En termes de différenciation verticale descendante, le cadre légal belge a récemment autorisé la délégation d'actes infirmiers (soins d'hygiène, information, accompagnement des patients et de leur famille sur le plan relationnel, surveillance du patient et aide à la prise des médicaments) aux aides-soignantes ; les assistants logistiques, quant à eux, soutiennent l'activité infirmière pour améliorer le confort des patients et pour réaliser des soins indirects aux patients et accomplissent des tâches administratives en vue de participer au fonctionnement de l'unité de soins sans toutefois pouvoir prester d'actes infirmiers.

Les pays étudiés ont établi une liste d'actes ou de compétences pour l'exercice de l'art infirmier. Certains pays (le Québec en particulier) ont rédigé une liste d'actes pour différencier l'activité de divers profils de praticiens de l'art infirmier. En Belgique, une seule liste d'actes est prévue pour les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmière graduée ou de bachelière en soins infirmiers et pour les titulaires du titre ou du brevet d'infirmière.

5 ETUDE EMPIRIQUE : APPLICATIONS POSSIBLES D'UNE DIFFÉRENCIATION DE FONCTIONS DANS LES HÔPITAUX BELGES

La recherche de terrain a permis d'analyser l'ensemble des compétences infirmières requises dans la pratique professionnelle et de classer ces compétences par degré de complexité pour 6 services hospitaliers : soins intensifs, urgences, bloc opératoire, hémodialyse, gériatrie et chirurgie.

L'évaluation de la complexité de la situation relève de la perception de l'évaluateur et non d'une évaluation objectivée et validée. Pour cette raison, les résultats obtenus ont surtout une valeur indicative.

Les compétences infirmières requises par les situations cliniques rencontrées sont très hétérogènes. La palette des compétences nécessaires comprend des compétences administratives et logistiques mais aussi des compétences relevant du champ de l'expertise clinique et du jugement clinique.

- La plupart des tâches administratives et logistiques sont, dans tous les services étudiés, caractérisées par un très faible niveau de complexité. Ces tâches peuvent donc être attribuées à du personnel moins qualifié, tels que les assistants logistiques et les aides administratives. Les infirmières pourraient déléguer davantage ce type d'activités au profit des activités qui requièrent leur niveau de formation et d'expertise.
- Les soins simples et/ou standardisables ne nécessitent que des compétences de base. Ces soins et activités pourraient être délégués à une aide soignante. Etant donné que la nature de ces soins varie d'un service à l'autre, la formation de ces aides soignantes devrait être spécifique au secteur d'activité. L'infirmière définit quels soins peuvent être délégués aux aides soignantes et reste garante de la qualité et de la cohérence de la prise en charge du patient.
- Le groupe d'activités qui exigent des compétences liées au jugement et à l'expertise clinique sont évaluées comme exigeant des compétences complexes voire très complexes. Ces activités relèvent du champ de compétences de l'infirmière (pour la première catégorie) et de l'infirmière spécialisée (pour la deuxième catégorie). Les compétences liées à la communication relative aux soins et à l'éducation du patient et de sa famille appartiennent à la catégorie des compétences très complexes.

Les infirmières devraient acquérir, dans un contexte de délégation, les connaissances et les compétences nécessaires pour déléguer, superviser et encadrer leurs collaborateurs. A cet effet, il serait nécessaire d'introduire dans leur formation des modules d'enseignement théorique et pratique visant à les préparer à la délégation des tâches et à la coordination d'une équipe.

Un élément important mis en évidence par l'étude est le caractère spécifique de chaque service, en termes de compétences requises. Tous les professionnels qualifiés pour

exercer dans le même service devraient intégrer les approches de soins et techniques propres à ce service dans leur pratique.

6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Dans le cadre de la recherche de terrain, les infirmières ont décrit les tâches administratives et logistiques comme une part importante de leurs activités quotidiennes. Le volume de ces tâches n'a pas été évalué dans cette recherche. La description de ces tâches et leur complexité limitée sont des indications pour aller plus loin dans la différenciation de fonctions. Le KCE recommande qu'une délégation plus large des tâches administratives et logistiques soit encouragée par les directions hospitalières et les autorités, et ce, par exemple en augmentant la dotation en collaborateurs logistiques dans les hôpitaux, à condition que cette dotation soit totalement intégrée aux activités des services hospitaliers.
2. Les soins simples et/ou standardisables ne nécessitent que des compétences de base. Ces activités de soins peuvent être déléguées à des aides soignantes. La législation prévoit déjà la possibilité de faire appel à ces collaborateurs. Sur le terrain, leur intervention dans les soins est encore assez limitée. Le KCE recommande que davantage d'aides soignantes soient engagées dans les hôpitaux, moyennant un bon encadrement de l'introduction de ce personnel de soutien, incluant une description de fonction claire ; une description explicite du rôle et du profil de compétences souhaité ; une formation dont le contenu répond aux nouvelles compétences qu'elles doivent acquérir pour aider l'infirmière dans la réalisation de soins simples ; une formation des infirmières et, un suivi de l'impact sur l'efficacité et la qualité des soins.
3. Les infirmières devront être formées à la délégation de tâches, à la surveillance et à l'encadrement nécessités par cette délégation. Ces nouvelles compétences ne sont pas enseignées dans les formations actuelles, mais sont les prémices essentielles à une collaboration réussie avec d'autres collaborateurs, dont font partie les assistants logistiques et les aides soignantes. Cette formation peut être organisée conjointement au niveau de l'hôpital et des écoles infirmières.
4. Dans le cadre de la recherche de terrain, les infirmières ont décrit d'autres tâches comme étant des tâches très complexes. Le volume de ces tâches n'a pas été évalué dans cette recherche. Il semble qu'une différenciation vers le haut soit possible pour la réalisation de ces tâches. Le KCE recommande d'envisager cette différenciation vers le haut afin d'offrir davantage de perspectives de carrière pour les porteurs d'une maîtrise en sciences infirmières. Cette disposition pourrait également améliorer l'attractivité de la profession infirmière.
5. La recherche actuelle indique que, pour les services étudiés, existe un grand espace pour la différenciation de fonctions verticale, à la fois vers le haut et vers le bas. Une différenciation verticale plus poussée doit aller de pair avec une réflexion approfondie sur la façon d'assurer une prise en charge globale et intégrée du patient. Le KCE recommande de soutenir activement des projets pilotes sur le terrain, moyennant un suivi (scientifique) adéquat des résultats de nouveaux modèles de délivrance des soins sur les plans de l'efficacité et de la qualité des soins.

7 AGENDA DE RECHERCHE

1. Les études qui seront entamées sur l'évaluation des besoins en personnel infirmier devraient s'inspirer des réflexions émises ci-dessus pour intégrer dans les estimations et les projections une analyse permanente des possibilités de différenciation des fonctions infirmières.
2. Une recherche sur la relation entre l'éventail des qualifications et la qualité des soins est un corollaire de la suggestion précédente.

Scientific Summary

Table of contents

CHAPITRE 1: INTRODUCTION	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
I INTRODUCTION : DIFFERENCIATION DE FONCTION DANS LES SOINS INFIRMIERS, POSSIBILITES ET LIMITES	7
CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTÉRATURE	9
I DOTATION INFIRMIERE ET EVENTAIL DES QUALIFICATIONS	10
1.1 Objectifs.....	10
1.2 Méthode.....	10
1.2.1 La littérature scientifique.....	10
1.2.2 La littérature grise.....	11
1.3 Dotation infirmière et changements de l'éventail des qualifications	12
1.3.1 Introduction.....	12
1.3.2 Dotation et éventail des qualifications.....	12
1.3.3 Modification de l'éventail des qualifications	13
1.3.4 Facteurs induisant une modification de l'éventail des qualifications.....	19
1.4 Impact de la dotation infirmière sur la qualité des soins aux patients, l'équipe et le système de santé.....	22
1.4.1 Impacts de la dotation de l'équipe sur la qualité des soins.....	22
1.4.2 Détermination de la dotation adéquate de l'équipe	25
1.4.3 Impact de la dotation de l'équipe sur l'équipe infirmière	26
1.4.4 Impact de la dotation infirmière sur le système de soins	26
1.5 Impact de la modification de l'éventail des qualifications sur la qualité des soins aux patients, l'équipe et le système de santé	27
1.5.1 Impact de la modification de l'éventail des qualifications sur la qualité des soins	27
1.5.2 Impact de la modification de l'éventail des qualifications sur les professionnels	29
1.5.3 Impact de la modification de l'éventail des qualifications sur le système de soins	30
1.6 Caractéristiques de la dotation infirmière et facteurs organisationnels.....	30
1.6.1 Formation des infirmières	30
1.6.2 Expérience des infirmières	31
1.6.3 Besoins en soins des patients ou complexité de la situation	31
1.6.4 Modèles ou approches en soins infirmiers	32
1.6.5 Facteurs organisationnels ou liés au système de soins.....	34
1.7 Conditions de réussite de l'implémentation d'une modification de la dotation ou de l'éventail des qualifications	35
1.7.1 Le processus de mise en place d'une modification de l'éventail des qualifications ...	35
1.7.2 La description des tâches et la clarification des rôles	35
1.7.3 La formation.....	35
1.7.4 La culture organisationnelle	35
1.8 Position des associations professionnelles à l'égard du transfert de tâches.....	36
2 DISCUSSION.....	38
CHAPITRE 3 : COMPARAISON INTERNATIONALE	40
I INTRODUCTION	41
2 ORGANISATION DE LA PROFESSION ET DE LA FORMATION	42
2.1 En termes de formation.....	42
2.2 En termes d'organisation professionnelle.....	45
2.3 Différenciation de fonctions	46
3 PERSPECTIVES DANS LE CONTEXTE BELGE.....	49
CHAPITRE 4: MÉTHODOLOGIE	50
I ETUDE EMPIRIQUE	51
1.1 Introduction	51
1.2 Cadre conceptuel et Définitions.....	52

1.3	Objectif et Design de l'étude.....	53
1.3.1	Objectif.....	53
1.3.2	Design.....	54
1.4	« Phase 0 » description des situations.....	56
1.4.1	Objectifs de la phase 0.....	56
1.4.2	Déroulement de la phase 0.....	56
1.5	« Phase 1 » description des tâches et des compétences.....	57
1.5.1	Objectifs de la phase 1.....	57
1.5.2	Déroulement de la phase 1.....	57
1.6	« Phase 2» détermination d'un score de complexité pour les compétences infirmières.....	57
1.6.1	Objectifs de la phase 2.....	57
1.6.2	Déroulement de la phase 2.....	58
1.6.3	Traitement des données de la phase 2.....	59
1.7	Limites méthodologiques.....	62
1.7.1	Facteur linguistique.....	62
1.7.2	Relation entre compétences et situations.....	62
1.7.3	Indépendance des données.....	62
1.7.4	Validation écologique.....	62
1.8	Analyse des données.....	63
1.8.1	Analyse descriptive.....	63
1.8.2	Analyse d'ordonnement en cluster.....	63
CHAPITRE 5: RÉSULTATS.....		65
1	ANALYSE DESCRIPTIVE.....	66
1.1	complexité des compétences entre services.....	66
1.1.1	Analyse de la complexité globale.....	66
1.1.2	Analyse de la complexité par composante.....	66
2	ANALYSE EN CLUSTER.....	68
2.1	Communication et attitudes professionnelles.....	68
2.1.2	Compétences associées à la communication, l'information et l'éducation.....	70
2.2	Service de chirurgie.....	70
2.2.1	Premier cluster en chirurgie : compétences non complexes.....	71
2.2.2	Deuxième cluster en chirurgie : compétences peu complexes.....	72
2.2.3	Troisième cluster en chirurgie : compétences complexes.....	72
2.2.4	Quatrième cluster en chirurgie : compétences très complexes.....	73
2.2.5	Résultats globaux des clusters en chirurgie.....	73
2.3	service de Gériatrie.....	74
2.3.1	Premier cluster en gériatrie : compétences non complexes.....	75
2.3.2	Deuxième cluster en gériatrie : compétences peu complexes.....	75
2.3.3	Troisième cluster en gériatrie : compétences complexes.....	76
2.3.4	Quatrième cluster en gériatrie : compétences très complexes.....	76
2.3.5	Résultats globaux des clusters en gériatrie.....	77
2.4	bloc opératoire.....	77
2.4.1	Premier cluster au bloc opératoire : compétences non complexes.....	78
2.4.2	Deuxième cluster au bloc opératoire : compétences peu complexes.....	79
2.4.3	Troisième cluster au bloc opératoire : compétences complexes.....	79
2.4.4	Quatrième cluster au bloc opératoire : compétences très complexes.....	80
2.4.5	Résultats globaux des clusters au bloc opératoire.....	80
2.5	Hémodialyse.....	81
2.5.1	Premier cluster en hémodialyse : compétences non complexes.....	82
2.5.2	Deuxième cluster en hémodialyse : compétences peu complexes.....	82
2.5.3	Troisième cluster en hémodialyse : compétences complexes.....	82
2.5.4	Quatrième cluster en hémodialyse : compétences très complexes.....	83
2.5.5	Résultats globaux des clusters en hémodialyse.....	83
2.6	Service de Soins intensifs.....	84
2.6.1	Premier cluster aux soins intensifs : compétences non complexes.....	85
2.6.2	Deuxième cluster aux soins intensifs: compétences peu complexes.....	85
2.6.3	Troisième cluster aux soins intensifs : compétences complexes.....	86
2.6.4	Quatrième cluster aux soins intensifs : compétences très complexes.....	86
2.6.5	Résultats globaux des clusters aux soins intensifs.....	87

2.7	Service d'Urgences	87
2.7.1	Premier cluster aux urgences : compétences non complexes	88
2.7.2	Deuxième cluster aux urgences : compétences peu complexes.....	89
2.7.3	Troisième cluster aux urgences : compétences complexes.....	89
2.7.4	Quatrième cluster aux urgences : compétences très complexes.....	90
2.7.5	Résultats globaux des clusters aux urgences.....	90
3	DISCUSSION.....	92
3.1	Discussion méthodologique.....	92
3.1.1	Non exhaustivité des situations et des compétences.....	92
3.1.2	Types de services investigués	92
3.1.3	Echelles de complexité des compétences	92
3.1.4	Indépendance des données	93
3.1.1	Relation entre une compétence et une situation	93
3.1.2	Validation écologique.....	93
3.1.3	Analyses effectuées	94
3.2	Discussion des résultats par service	94
3.2.1	Attitudes et comportements professionnels.....	94
3.2.2	Communication, information et éducation.....	94
3.2.3	Chirurgie	94
3.2.4	Gériatrie.....	95
3.2.5	Bloc opératoire.....	95
3.2.6	Hémodialyse.....	95
3.2.7	Soins intensifs.....	96
3.2.8	Urgences	96
3.2.9	Lecture transversale des résultats entre services	97
	CHAPITRE 6: CONCLUSION GÉNÉRALE.....	98
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	105

Chapitre I: Introduction

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACN	Association Catholique de Nursing
ACP Journal Club	American College of Physicians journal club
AMP	Aide- Médico-Psychologique
AND	Associate Degree in Nursing
ANP	Advanced Nursing Practice
AP	Auxiliaire de Puériculture
APN	Advanced Practice Nurse
AS	Aide-Soignant
ASH	Assistant en Soins Hospitaliers
ASO	Algemeen Secundair Onderwijs
BAC	Baccalauréat
BaNaBa	Bachelor na bachelor
BNI	British Nursing Index
BSI	Bachelier en Soins Infirmiers
BSN	Bachelor degree in Nursing
BSO	Beroeps Secundair Onderwijs
CAP	Certificat Aptitude Pédagogique
CAPAES	Certificat d'Aptitude Pédagogique Approprié à l'Enseignement Supérieur
CCTR	Cochrane Controlled Trials Register
CEGEP	Collège d'Enseignement Général et Professionnel
CESS	Certificat d'Études Secondaires Supérieures
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CLSC	Centres Locaux de Santé Communautaire
DARE	Database of Abstracts of Review of Effects
DEC	Diplôme d'Études Collégiales
EBN	Evidence Based Nursing
ENP	Emergency Nurse Practitioner
EPSC	Enseignement Professionnel Secondaire Complémentaire
FNIB	Fédération Nationale des Infirmières Belges
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
HCA	Health Care Assistant
HTA	Health Technology Assessment
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDESP	Infirmières Diplômées d'État et de Service Psychiatrique
IFAS	Institut de Formation d'Aide Soignant
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers

Inf	Infirmière
IPS	Infirmière Praticienne Spécialisée
KSO	Kunst Secundair Onderwijs
LMD	Licence – Maîtrise – Doctorat ; abréviation signant l'adaptation du système français dans le cadre de la réforme de Bologne
LPN	Licensed Practical Nurse
LVN	Licensed Vocational Nurse
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
MeSH	Medical subheading
NHS	National Health Services
NHS EED	NHS Economic Evaluation Database
NMC	Nursing and Midwifery Council
NP	Nurse Practitioner
NVKVV	Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen
OIIAQ	Ordre des Infirmières et Infirmiers Auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
PA	Physician Assistant
PAB	Préposé Aux Bénéficiaires
PAI	Praticien de l'Art Infirmier
PCT	Patient Care Technician
PDE	Puéricultrices Diplômées d'Etat
RN	Registered Nurse
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SEH	Spoedeisende Eerste Hulp
SIAMU	Soins intensifs et Aide Médicale Urgente
TSO	Technisch Secundair Onderwijs
UAP	Unlicensed Assistive Personnel
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling
WVVV	Wetenschappelijke Vereniging voor Verpleegkunde en Vroedkunde

I INTRODUCTION : DIFFERENCIATION DE FONCTION DANS LES SOINS INFIRMIERS, POSSIBILITES ET LIMITES

Efficiency and quality of care are two finalities that public authorities assign, to just title, to care organizations. Such requirements cannot be met by placing people with the required competencies in posts requiring these competencies. It is nevertheless true that new emerging trends in health care hypothesize for the future the guarantee of seeing « the right person » in « the right place ».

The first trend is that of the labor market which is shrinking. An aging nursing population, fewer young nurses in the field who pursue a career in nursing care, more career opportunities for young women, difficult working conditions (workload, professional exhaustion, lack of recognition, lack of autonomy and control over work, unattractive working hours) and a devaluation of the profession are linked to an important lack of public opinion regarding what is a nurse.^{1,2}

The second trend, international, is the growing responsibility of health workers. This responsibility is marked at two levels. On the one hand, there is an increasing attention given to the cost-effectiveness ratio in care, in which the attribution of efficient care to providers is based on their level of qualification. The order of the day is: the less complex tasks can be potentially delegated to providers of a lower qualification level. The range of qualifications could thus vary according to the patient's profile and target flexible and dynamic professional care models. On the other hand, the growing interest in evidence-based medicine (Evidence Based Medicine) is concretized in the development of clinical guidelines, care protocols and clinical itineraries based on evidence but also on health results based on research data. While this new trend facilitates the standardization of care, it emphasizes the professional responsibility of care providers whose practice must conform to these new directives to be recognized as quality practice. The emphasis on measurement and evaluation of results establishes a relationship between resources, processes and results.

A third trend is the intensification of care delivered in the hospital setting. Patients with minor health problems represent a part that is increasingly marginal of hospitalized patients. Polyclinic activity is growing constantly, just as the demand for care addressed to primary care practitioners, due to the reduction of hospital stays and the taking in charge of chronic pathologies in ambulatory care. As a result, patients taken in charge in hospital are those who suffer from poly-pathologies or who require high technology services reserved for the hospital setting. In the future, the aging of the population will further increase this demand for care; moreover, the development of medical, diagnostic and therapeutic techniques, in response to more acute health problems, will also increase complexity and technicality; finally, the expectations of increasingly demanding patients also call for new communication, negotiation and conflict resolution competencies. The combination of these factors in full evolution implies that hospitals will no longer need only more staff, but also and especially more intellectual, relational and organizational competencies.

Therefore, the current offer of nursing care cannot be quantified with exactness in Belgium, in the absence of a register of nursing professionals, as many hospitals complain of a shortage of nursing staff combined with recruitment difficulties that are worsening.

Les causes avancées pour expliquer cette situation sont multiples mais se concentrent sur des sorties de la profession (âge de la retraite, application des diverses formules d'interruption de carrière,...) relativement plus nombreuses que les entrées sur le marché du travail (incluant formation et immigration). Pour pallier le manque de ressources infirmières et contrecarrer la surcharge de travail, le cadre légal belge a récemment autorisé la délégation d'actes infirmiers aux aides-soignantes, dans la mesure où ces actes continuent à relever de la compétence et de la responsabilité de l'infirmière.

La différenciation de fonction est un instrument qui doit être intégré dans une politique plus large de gestion des ressources humaines afin d'apporter une réponse aux développements et aux problèmes qui viennent d'être évoqués.

A l'heure actuelle, peu de recherches préparatoires ont été conduites pour appliquer ce concept de différenciation de fonction et évaluer son impact sur la qualité et l'organisation des soins. Selon les dirigeants des hôpitaux belges, il est grand temps de trouver une solution adéquate aux problèmes posés. Un plan stratégique doit être proposé et mis en œuvre pour que la qualité des soins, reconnue dans les hôpitaux belges, reste garantie, à court et à plus long terme. Il est crucial de connaître le 'know how' en relation avec la différenciation de fonction et de se baser sur un corps théorique solide pour développer des projets pratiques à un échelon local.

Ce projet de recherche a pour ambition de répondre aux questions suivantes :

- Quelles sont les prémices d'une dotation infirmière adéquate ? Quels niveaux de dotation infirmière sont liés à des soins de qualité ?
- Quels sont les moteurs et les freins de la différenciation de fonction ? Quel est l'impact de la différenciation de fonctions, verticale et horizontale, sur la qualité des soins aux patients, sur l'équipe infirmière et sur le système de soins ?
- Quelles sont les expériences conduites à l'étranger de différenciation de fonction ? Quelles structures de formation sont mises en place pour former l'éventail de qualifications requis par l'organisation du système de soins ?
- Quelles sont les applications possibles de la différenciation (verticale et horizontale) dans les hôpitaux belges ?

Afin de répondre à ces questions de recherche, le présent rapport s'articule autour de deux chapitres théoriques et d'un chapitre d'étude empirique. Le premier chapitre répond aux questions relatives à la dotation infirmière et à l'éventail des qualifications dans les équipes infirmières par une revue de la littérature scientifique internationale. Le deuxième chapitre synthétise les structures de formation infirmière proposées par des pays tels que la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Province du Québec au Canada et la Belgique. Finalement, le troisième chapitre présente la méthodologie et l'analyse des résultats de la recherche conduite au sein d'un échantillon d'hôpitaux belges ; il permet d'envisager les possibilités de différenciation de fonction au sein de la profession infirmière mais aussi vers d'autres personnels non infirmiers.

Chapitre 2 : Revue de Littérature

I DOTATION INFIRMIERE ET EVENTAIL DES QUALIFICATIONS

I.1 OBJECTIFS

Cette revue de littérature, non systématique, a pour objectifs d'identifier et de décrire les différenciations de fonctions traitées dans la littérature et d'analyser l'impact de telles différenciations sur la qualité des soins, la satisfaction de l'équipe infirmière et le système de santé.

I.2 MÉTHODE

I.2.1 La littérature scientifique

Trois moteurs de recherche ont été utilisés, donnant accès à des bases de données complémentaires : OVID (via la bibliothèque virtuelle du CEBAM), CRD (Centre for Reviews and Dissemination) et Embase. Les bases de données explorées étaient : COCHRANE Database for Systematic Reviews, ACP Journal Club, DARE et CCTR; Medline ; CINAHL ; BNI ; HTA ; NHS EED et Invert.

I.2.1.1 Formulation d'une équation de recherche :

Une première étape consistait à élaborer une équation de recherche sur base de termes MeSH. Cette équation de recherche se composait des éléments suivants:

- La fonction (quoi ?)
- L'organisation (comment ?)
- La profession (qui ?)
- Le lieu d'exercice (où ?)

La structure de l'équation de recherche telle que reprise dans le Tableau 2.1 a permis de sélectionner les références qui traitent plus spécifiquement de la différenciation de fonctions infirmières à l'hôpital.

La recherche par termes-clés a été privilégiée pour les bases de données du CINAHL, du BNI, de la COCHRANE et d'EMBASE.

Tableau 2.1 MeSH utilisés dans l'équation de recherche

Fonction Quoi	Organisation Comment	Profession Qui	Lieu d'exercice Où
clinical competence	personnel staffing and scheduling	nursing	hospital
professional competence	staff development	nursing staff	
professional autonomy	model organizational	nursing staff hospital	
nursing care	career mobility	caregivers	
professional practice	job application	nurse	
job description	nursing process	nurse clinicians	
professional role	personnel delegation	nurse practitioner	
nurse's role			

Les résultats de cette recherche de la littérature ainsi que les définitions des descripteurs MeSH, du CINAHL et du BNI sont présentés en annexe (Voir Annexes Chapitre 2). La recherche a été appliquée sur les titres, les résumés et les mots-clés.

Cette démarche a été combinée à une démarche « boule de neige ». Tant la littérature scientifique que la littérature grise ont été investiguées. Des études complémentaires ont été considérées soit à partir des bibliographies des articles relevés, soit de façon manuelle, soit parce qu'elles étaient recommandées par des experts, ces articles faisant autorité dans le domaine.

Une deuxième investigation croisant les termes 'Skill mix' et 'hospital' a été réalisée. Le terme *skill mix* est habituellement utilisé pour décrire le mélange des postes ou des grades dans une organisation. Mais il peut aussi référer aux combinaisons d'activités ou de compétences requises pour chaque emploi au sein d'une organisation.^{3,4} En français, ce terme est traduit différemment dans les publications en 'éventail des qualifications' ou 'dosage des compétences'. Skill mix n'est pas repris en tant que tel comme descripteur (MeSH) mais est associé à un ensemble de descripteurs dans le Thésaurus Medline, définis en annexe. Nous avons repris ces descripteurs spécifiques pour explorer la base de données Medline alors que le terme 'Skill mix' a été utilisé pour explorer les autres bases (Cochrane, BNI, CINAHL). Les termes « grade mix », « staff mix » et « staffing mix » ont également été investigués.

1.2.1.2 Critères de sélection des études recensées

Les critères d'inclusion d'une étude étaient:

- La qualité de l'étude : priorité a été accordée aux méta-analyses, revues systématiques, essais randomisés, et études de cohorte ; le cas échéant, les études cas-témoin, les séries de cas, les études pilotes, les revues de littérature narratives et les opinions d'experts ont également été prises en considération
- Le lieu de l'investigation limité aux hôpitaux
- La description pertinente de la méthode
- La clarté des résultats
- Le facteur linguistique : anglais, français ou néerlandais
- La présence d'un résumé
- Le caractère récent : <10 ans (les études antérieures à 1996 n'ont pas été retenues sauf si étude notoire)

1.2.2 La littérature grise

Par littérature grise, nous entendons la consultation de rapports de recherche, de thèses, ... Notre stratégie de recherche de cette littérature est différente.

Plusieurs moteurs de recherche ont été utilisés :

- Site des ordres infirmiers : Les sites ont été consultés soit en version anglaise soit dans leur langue véhiculaire (français, néerlandais, anglais).
- Google : Seuls les textes issus de sites des universités, des gouvernements ou les textes légaux ont été pris en considération.

Les mêmes mots-clés (en français, en anglais et en néerlandais) ont été utilisés pour explorer la littérature grise.

Pour inclure une étude ou un rapport, nous nous sommes appuyés sur les critères suivants :

- La renommée des auteurs ou de l'institution (autres publications scientifiques)
- La langue de rédaction: anglais, français, néerlandais
- Le caractère récent (publication après 1996 sauf si étude notoire).

I.3 DOTATION INFIRMIERE ET CHANGEMENTS DE L'EVENTAIL DES QUALIFICATIONS

I.3.1 Introduction

Le système de santé de nombreux pays européens, canadiens ou américains, connaît à l'heure actuelle une crise de personnel infirmier. Divers facteurs bien identifiés ont provoqué une mutation générale de la profession infirmière dans le système de soins : la demande s'amplifie, en termes quantitatifs et qualitatifs ; la médecine évolue, du point de vue des technologies et des mentalités ; et finalement, la maîtrise des dépenses de santé incite à une organisation toujours plus efficiente des facteurs de production dans le système de soins.⁵

Les gestionnaires, quant à eux, sont très sensibles à la pression que subissent les infirmières et au manque d'effectifs, mais la rigidité des normes et le manque de moyens financiers rend difficile la gestion du personnel d'une façon qui pourrait mieux faire coïncider l'offre de soins en termes qualitatifs et quantitatifs avec la demande de soins et ce, afin de garantir sécurité et qualité des soins.⁶

A l'heure actuelle il n'y a pas de consensus sur la façon de déterminer les exigences relatives à la composition du personnel infirmier convenant le mieux aux divers contextes de soins de santé. Le fait de confier un patient au prestataire de soins de santé le plus approprié est un processus complexe.⁷ Beaucoup d'établissements de santé ont révisé à la baisse leur dotation en personnel infirmier tout en adoptant de nouvelles stratégies de prestation de soins telles que la redéfinition des rôles des prestataires de soins afin de maximiser les ressources humaines en période de pénurie. Ces tentatives de réorganisation et de redistribution des rôles ont été concomitantes au raccourcissement des durées de séjour, à l'augmentation des volumes de patients à soigner et à une intensification des soins à délivrer, entraînant un accroissement des erreurs et des événements indésirables.^{8,9}

I.3.2 Dotation et éventail des qualifications

La dotation en personnel infirmier peut être définie comme un processus visant à déterminer et à fournir un effectif suffisant et possédant un éventail de qualifications et de compétences collectives conformes aux besoins des patients traités à l'intérieur d'un programme, d'une unité ou d'un environnement de soins donné.¹⁰ Selon cette définition, le nombre d'infirmières affectées à un secteur ou une unité n'est qu'un aspect de la dotation. Outre l'effectif à prévoir, il faut également s'assurer que le personnel infirmier possède les compétences, l'expérience et la formation requises, que le modèle de dotation est adapté à la situation et qu'il s'insère dans une équipe de soignants judicieusement composée.

Les recherches conduites sur l'impact de la dotation en personnel infirmier portent sur plusieurs concepts peu différenciés, ce qui complique l'effort de synthèse de leurs résultats. Une grande partie de la recherche traite d'ailleurs davantage du nombre d'infirmières nécessaires plutôt que de la composition du personnel requise pour produire les meilleurs résultats. De plus, une ambiguïté subsiste quant à l'utilisation de l'expression «niveau de personnel». Dans certaines études, on utilise le terme «niveau» lorsqu'il est question du nombre d'intervenants et dans d'autres, lorsqu'il est question du type de catégorie de soignants.¹¹ La plupart de ces études publiées en anglais utilisent de façon indifférenciée les expressions 'skill mix' et leur traduction en français ajoute encore de la confusion.

Le skill mix (ou éventail des qualifications) fait référence à la combinaison des profils intégrant les notions de compétence et d'expertise. Les indicateurs de skill mix sont par exemple le ratio junior/senior dans une discipline donnée, la proportion de différents types de prestataires au sein d'une équipe multidisciplinaire, la proportion totale d'heures de soins prestées par du personnel infirmier et la proportion de personnel infirmier qualifié voire très qualifié (infirmières diplômées, infirmières en pratique avancée, ...).¹¹

De plus, une confusion subsiste entre la composition de l'équipe infirmière et le champ de leur pratique respective. La composition de l'équipe infirmière réfère à la combinaison et au nombre de prestataires de soins délivrant des soins directs et indirects aux patients. Des changements surviennent dans cette composition lorsque le ratio 'infirmières qualifiées/personnel moins qualifié' est modifié, suite à l'engagement d'un nombre supérieur d'une des deux catégories ou lorsqu'une catégorie est progressivement remplacée par l'autre.

Le champ de pratique est l'étendue des rôles, des fonctions, des responsabilités et des activités pour lesquels les infirmières sont formées et qu'elles sont autorisées à pratiquer. Le champ de pratique des infirmières est déterminé par la législation professionnelle, les normes de pratique infirmière et les recommandations éthiques établies par les ordres et associations professionnels, la politique adoptée par l'employeur et les compétences infirmières individuelles.¹² Le champ de pratique de chaque prestataire de soins évolue dans le temps pour répondre aux changements du système de soins (par exemple, accent porté sur les soins de santé primaires, nouveaux modèles de pratique collaborative, déplacement des soins du milieu institutionnel vers le secteur communautaire, nouveaux développements technologiques, offre et demande des différents prestataires de soins ayant leurs compétences spécifiques).¹²

Alors que des changements dans le champ légal de la pratique interviennent au cours du temps, il est plus fréquent que des changements ponctuels dans le champ de pratique et dans l'éventail des qualifications prennent place au niveau de l'institution hospitalière. C'est le cas lorsqu'un employeur décide que telle infirmière, formée à la prise en charge de la douleur ajoute cette nouvelle responsabilité à sa liste d'actes.

1.3.3 Modification de l'éventail des qualifications

L'utilisation rationnelle des personnels de santé passe notamment par la modification de l'éventail des qualifications et la redéfinition des rôles et des activités réservés aux différentes catégories de personnel. Parmi les pistes envisagées dans la modification de l'éventail des qualifications pour améliorer les performances des systèmes de santé, la substitution du personnel infirmier aux médecins a retenu l'attention de nombreux chercheurs.¹³ Depuis quelques années, les recherches portent aussi sur l'éventail de qualifications au sein de la profession infirmière et sur l'impact des modifications apportées dans la dotation et la composition des équipes infirmières, tant sur la sécurité des patients et la qualité des soins que sur l'organisation des services et la satisfaction des infirmières elles-mêmes.¹¹

Les modifications de l'éventail des qualifications peuvent se traduire par le relèvement des qualifications au sein d'un groupe professionnel donné, une substitution entre différents groupes, une délégation des actes vers le haut voire vers le haut au sein de la hiérarchie d'une même discipline ou des innovations au niveau des fonctions exercées. Sibbald et al. (2004)⁴ ont proposé un cadre d'analyse des modifications de l'éventail des qualifications basé sur les processus:

- L'élargissement du champ de pratique – élargir le rôle ou les qualifications d'un groupe professionnel ;
- La substitution – échanger un type de professionnel par un autre ;
- La délégation – confier un soin ou un acte normalement réalisé par un senior ou un professionnel plus expérimenté à un autre, junior ou professionnel moins expérimenté au sein du même groupe professionnel;
- L'innovation – créer un nouveau profil de fonction en introduisant une nouvelle catégorie professionnelle.

Les changements dans l'éventail des qualifications peuvent être induits en modifiant l'interface entre les structures de soins, incluant :

- Le transfert – déplacer la prestation d'un soin ou d'un service d'un secteur de soins vers un autre ; par exemple, la prise en charge à domicile d'un patient sous ventilation artificielle jadis exclusivement réservée au milieu hospitalier ;

- La relocalisation – décaler la prestation d'un service ou d'un soin d'un secteur de santé vers un autre sans pour autant changer de prestataire. Par exemple, les soins à domicile assurés par des infirmières exerçant par ailleurs à l'hôpital ;
- La liaison – recourir à l'expertise de spécialistes d'un secteur pour soutenir, instruire une équipe ou un prestataire de soins d'un autre secteur. Par exemple, la gériatre de liaison interne et externe.¹⁴

1.3.3.1 *L'élargissement du champ de pratique*

La promotion de la santé et la prise en charge de patients chroniques sont les deux domaines dans lesquels le champ de pratique des infirmières a été le plus étendu. L'élargissement du rôle des infirmières a été expérimenté dans plusieurs situations: les cliniques de l'asthme (soins primaires) gérées par des infirmières;¹⁵ les thrombolyse initiées par les infirmières;¹⁶ les infirmières qui assurent l'éducation des patients dans les services de revalidation;¹⁷ et les infirmières qui apportent, en soins à domicile, un support aux patients souffrant de broncho-pneumopathie chronique obstructive¹⁸ ou de sclérose multiple.¹⁹

En soins de santé primaires, les infirmières sont amenées à exercer de nouvelles activités dans le cadre de politiques de santé visant à organiser différemment les soins primaires et à élargir l'éventail des services proposés aux patients. Le plus souvent, ces politiques visent à améliorer la rapidité de la réponse à la demande du patient et à mieux orienter celui-ci en fonction de ses besoins.¹²

1.3.3.2 *La substitution*

La substitution du médecin généraliste par des infirmières en pratique avancée (infirmières cliniciennes spécialisées) est répandue aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en Suède et aux Pays-Bas.¹² Dans ces pays, les infirmières sont formées et autorisées à poser des diagnostics et prescrire des traitements dans un champ délimité de problèmes de santé, sans référer à un médecin. Les études scientifiques mettent en évidence des résultats cliniques aussi bons que ceux obtenus par un médecin généraliste et de surcroît, une plus grande satisfaction des patients à l'égard des qualités interpersonnelles des infirmières.^{20,21} Toutefois, les infirmières ont des temps de consultation plus longs, conduisent plus d'investigations diagnostiques et rappellent davantage les patients, réduisant ainsi substantiellement les bénéfices salariaux induits par la substitution. Ces conclusions sont à considérer avec précaution car seule une étude a évalué l'équivalence des soins, les autres études présentaient des limites méthodologiques et un suivi des patients généralement limité dans le temps (≤ 12 mois).²¹

En milieu hospitalier, les études sur la substitution portent sur la prescription par des infirmières de radiographies aux patients blessés qui arrivent en salle d'urgence,²² la préparation des patients à un cathétérisme cardiaque diagnostique,²³ le suivi des patients présentant un risque coronarien²⁴ et la gestion d'un service de chimiothérapie ambulatoire par des infirmières.²⁵

Dans l'étude contrôlée randomisée menée au Royaume-Uni, Lindley-Jones et Finlayson (2000)²² ont observé qu'une infirmière responsable du tri à la salle d'urgence peut prescrire les radiographies pour les patients blessés, avant que ceux-ci ne soient évalués par un médecin ou par une infirmière urgentiste (Emergency Nurse Practitioner, ENP) et ce, sans compromettre la qualité des soins.

Dans un autre essai contrôlé randomisé conduit au Royaume-Uni par Stables et al. (2004),²³ les résultats indiquent que la préparation des patients à un cathétérisme cardiaque diagnostique peut être effectuée de façon plus efficace par une Infirmière Praticienne adéquatement formée que par des assistants médicaux (préparation des patients rapide et correcte avec un taux d'événements aduers significativement inférieur).

Aux Etats-Unis, Allison et al. (2000)²⁴ ont conduit un essai randomisé dans lequel des patients présentant un risque coronarien ont été soit suivis par des infirmières, soit suivis par le corps médical (suivi classique). Les patients suivis par les infirmières obtiennent comparativement de meilleurs résultats en termes de changement de style de vie (diminution du taux de triglycérides, diminution du poids, augmentation de l'exercice physique) et en termes d'événements adverses (plus faible taux de complications cardiaques à six mois).

L'étude qualitative conduite en Angleterre par Fitzsimmons et al. (2005)²⁵ analyse la perception du personnel de soins (N = 22) et des patients atteints de cancer (N = 26) à l'égard d'un service de chimiothérapie ambulatoire qui serait dirigé par des infirmières. Les patients ont décrit des bénéfices potentiels en termes de qualité de service et de réduction des coûts pour eux-mêmes, alors que les professionnels de la santé ont relevé les bénéfices attendus au niveau des résultats pour les patients. Patients et professionnels mentionnent la nécessité d'une formation supplémentaire pour les infirmières et d'une évaluation rigoureuse des nouveaux services avant de diffuser ce modèle à grande échelle. Cette étude est conduite au sein d'un petit échantillon de soignants et de patients et ne porte que sur un service particulier, ce qui limite sensiblement les possibilités de généralisation des résultats.

Par ailleurs, Smith et al. (2006)²⁶ précisent que les nouvelles compétences des infirmières se substituant aux médecins doivent être reconnues et certifiées. Les conditions de réussite d'une substitution 'médecins / infirmières en pratique avancée' incluent la préparation du projet visant une telle introduction, l'établissement de la collaboration, le travail en équipe pluridisciplinaire et la sélection de professionnels sur base de leurs qualités personnelles mais aussi de leurs compétences validées et certifiées.

Ces expériences de substitution ont été conduites avec succès, bien que l'introduction de nouvelles compétences ou de nouveaux champs d'expertise soit aussi associée à certaines difficultés. Les facteurs susceptibles de freiner l'implémentation de nouvelles fonctions sont les relations avec les autres groupes professionnels et l'ambiguïté de rôle. Aussi, une définition claire des objectifs poursuivis doit être proposée et communiquée aux personnes concernées et actualisée régulièrement.²⁶

1.3.3.3 *La délégation*

Seule une revue de littérature se penche sur la délégation des tâches au sein d'un même groupe professionnel. Cette étude compare les médecins spécialisés et non-spécialisés dans la prise en charge des patients cancéreux.²⁷

Dans le cadre de la profession infirmière, les expériences de délégation font davantage référence à un partage de compétences à des niveaux différents : entre infirmières spécialisées et infirmières non spécialisées ; entre infirmières diplômées (Registered Nurses, RNs) et infirmières auxiliaires (Licensed Practical Nurse, LPNs).

1.3.3.4 *L'innovation*

D'une part, de nombreux systèmes de santé ont envisagé voire implémenté l'introduction de nouvelles catégories de travailleurs de la santé pour pallier une carence de compétences ou améliorer la relation coût-efficacité de l'éventail des qualifications disponible. En pratique, il s'agit souvent de travailleurs déjà en place auxquels une formation complémentaire a permis d'acquérir de nouvelles compétences ou à qui l'on a attribué de nouveaux rôles.³ Dans certains pays, la création de ces nouvelles catégories professionnelles est une alternative intéressante dans des régions rurales et isolées où le recrutement de professionnels de la santé plus conventionnels est difficile. Les travaux de Gardner²⁸ et de Krapohl et Larson²⁹ résument les principaux modèles de composition mixte de personnel qualifié/non qualifié en soins infirmiers :

- *Aides traditionnelles / assistants / auxiliaires*, principalement formés sur le terrain, réalisant des tâches infirmières simples en support aux infirmières diplômées ;

- *Assistants non-cliniques / aides administratives / aides*, principalement impliqués dans les tâches administratives et non-cliniques ou dans l'intendance (tâches ménagères) ;
- *Assistants techniques / assistants de département technique et opérationnel* avec des attributions très spécifiques en lien avec des procédures techniques complexes, en support aux infirmières ;
- *Assistants infirmiers partenaires en soins de santé primaires*, travaillant de pair avec des infirmières en soins de santé primaires pour assurer les soins de première ligne ;
- *Soignants qualifiés qui ont suivi une formation à orientation professionnelle* : aides infirmières traditionnelles qui ont suivi une formation complémentaire de plusieurs semaines ou de plusieurs mois conduisant à une qualification professionnelle, pour assumer des responsabilités en soins infirmiers sous la supervision d'infirmières diplômées ou d'autres professionnels de la santé.

Il est toutefois difficile de distinguer la création de nouvelles catégories professionnelles de l'extension de rôles dans une fonction déjà existante mais qui revêt un nouveau titre professionnel. De plus, les différences culturelles, professionnelles et organisationnelles impliquent que les rôles d'un professionnel dans un pays ou un système de santé déterminé ne sont pas les mêmes que dans un autre.

INFIRMIÈRES SPÉCIALISÉES DANS UNE ACTIVITÉ MÉDICALE

Certains systèmes de santé ont développé des rôles professionnels très spécifiques à leur pays tels que les infirmières anesthésistes (Europe), les infirmières endoscopistes (Royaume-Uni et Etats-Unis), l'infirmière assistante chirurgicale (Canada), les thérapeutes respiratoires et les assistants médicaux, et la plupart du temps en réponse à une pénurie médicale³ ou pour améliorer l'accessibilité aux soins. Il ne s'agit pas de pratiques infirmières et ne répondent pas à la définition de la pratique infirmière avancée.

En réaction à la sensibilisation croissante du public au cancer colorectal, le rôle de l'infirmière endoscopiste a permis d'accroître l'accès du public aux procédures de dépistage. Ce rôle d'infirmière endoscopiste se retrouve au Royaume-Uni et aux Etats-Unis.^{30,31,32} Ces infirmières réalisent essentiellement des sigmoïdoscopies, même si, grâce à une formation appropriée, elles ont pu réaliser d'autres procédures, telles que la coloscopie et la bronchoscopie.^{33,34,31} Ce rôle s'est particulièrement développé au Royaume-Uni, avec le soutien des médecins, lorsque la participation des infirmières est envisagée à des fins diagnostiques, ce qui est moins le cas pour des investigations thérapeutiques.³¹ Les études conduites sur l'efficacité de ces infirmières sont peu nombreuses. Toutefois, l'étude conduite par Levinthal et al. (2003) indique que l'exactitude d'une infirmière à identifier des lésions importantes était comparable à celle d'un gastro-entérologue.³⁵ D'autres effets positifs tels que la réduction des listes d'attente grâce à l'accès à des services rapides est également relevée.³¹

INFIRMIÈRES EN PRATIQUE AVANCÉE

La création de nouvelles fonctions aux *compétences infirmières* plus étendues, regroupées sous le terme générique de pratiques infirmières avancées (advanced nursing practice) est un autre exemple important d'innovation. La pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant un niveau avancé de pratique infirmière qui maximise l'utilisation d'un savoir infirmier approfondi et de connaissances spécialisées pour répondre aux besoins des patients. Le Conseil international des infirmières (CII) propose la définition suivante de l'infirmière en pratique avancée : " Une infirmière praticienne / en pratique avancée est une infirmière diplômée (registered nurse) qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de leur métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Le niveau de base recommandé est celui de la maîtrise".

Selon Hamric (2000), le niveau requis pour la pratique avancée est la maîtrise (deuxième cycle) voire le doctorat (troisième cycle).³⁶ La raison essentielle justifiant ce niveau est le degré de complexité des prises en charge confiées à une infirmière en pratique avancée, l'ampleur des connaissances à maîtriser, l'expertise clinique complétée par les rôles spécifiques et la faculté d'abstraction.

Les Etats-Unis sont le pays où les rôles en pratique avancée sont les plus développés et où le consensus sur la nature et le champ d'exercice de la pratique avancée est le plus grand. Aux Etats-Unis, il existe 4 rôles établis en pratique infirmière avancée : infirmière praticienne, infirmière sage-femme, infirmière anesthésiste et infirmière clinicienne spécialisée. Tous ces rôles, sauf celui d'infirmière sage-femme, requièrent une formation universitaire supérieure, bien que la majorité des infirmières détienne une maîtrise ou un doctorat. Pour tous ces rôles, sauf celui d'infirmière clinicienne spécialisée, il existe des fonctions étendues, y compris des pouvoirs de prescription et de diagnostic, régies par la loi.³⁷

La dénomination d'infirmière en pratique avancée recouvre l'infirmière clinicienne spécialisée qui s'inscrit dans un modèle de développement spécifique des savoirs infirmiers (clinical nurse) et l'infirmière praticienne (nurse practitioner) qui s'inscrit en substitution et/ou en complémentarité de la pratique médicale.¹²

L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE SPÉCIALISÉE

L'infirmière clinicienne spécialisée assure des fonctions d'encadrement, de conduite de projets, d'analyse de situations complexes auprès de certains patients, de pilotage de démarches qualité et de formation. Son lieu d'exercice dominant est l'hôpital. Cette spécialisation correspond au développement de la formation et de la recherche infirmières, et s'est inscrite dans un processus académique d'autonomisation de la profession. Le Québec a particulièrement développé ce modèle, que l'on retrouve aussi au Royaume-Uni.¹² L'infirmière clinicienne spécialisée se distingue des infirmières diplômées parce qu'elle dispose d'un niveau de formation plus élevé ; développe son raisonnement clinique permettant de comprendre et prendre en charge des situations de soins complexes; occupe des fonctions plus élevées dans le système de santé planifiant et gérant les soins au niveau de groupes de patients ; dispose d'une plus grande autonomie avec des droits de prescription et d'initialisation du traitement ; est leader et initiatrice de changement au sein d'une équipe multidisciplinaire.³⁸

L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

L'infirmière praticienne s'adresse directement aux patients ou à certains groupes de patients. La pratique avancée porte alors sur un domaine d'expertise et de soins médicaux. L'infirmière praticienne est formée au diagnostic de certaines situations, à la réalisation de certains actes diagnostiques ou de prescriptions dans un cadre limité (listes et situations types), ou dans des conditions d'exercice bien précisées.

La fonction d'infirmière praticienne ou *nurse practitioner* (NP) a émergé aux Etats-Unis, dans les années '70 pour pallier un déficit de médecins. A l'issue d'une formation d'un à deux ans au cours de laquelle les infirmières apprennent à réaliser une anamnèse, établir un diagnostic et prescrire, elles prennent en charge une part des soins primaires dans le domaine de la médecine générale, de la pédiatrie, de l'obstétrique et de la gynécologie. Elles travaillent par la suite dans des équipes interdisciplinaires dirigées par des médecins et constituent fréquemment le premier point de contact du patient avec le système.¹² Au Royaume-Uni, cette fonction se développe dans les années '90 d'abord dans le secteur des soins primaires, ensuite à l'hôpital. Le champ de compétences des NP est très large. Les patients disposent d'un accès direct à leurs services, elles ont la possibilité de les référer pour des soins ou des traitements complémentaires et elles peuvent établir un diagnostic.

On retrouve les profils de Praticien Infirmier Aigu (Acute Care Nurse Practitioner) dans le suivi de patients présentant des troubles épileptiques au Canada,³⁹ d'Infirmières Cliniciennes Cardiaques (Cardiac Nurses Clinicians), d'Infirmières en Pratique Avancée pour les scléroses multiples (Advanced Practice Nursing in Multiple Sclerosis) en Australie,⁴⁰ et d'infirmière en Pratique avancée néonatale (Advanced Neonatal Nurses)

au Royaume-Uni.⁴¹ Que ces nouveaux profils représentent réellement une innovation ou plutôt un élargissement dans un champ de pratique déjà existant reste discutable.⁴

Soulignons toutefois que l'innovation par la création de nouveaux profils en pratique avancée s'est faite progressivement, en raison de différents facteurs:³⁸

- Hétérogénéité des niveaux de formation ;
- Ambiguïté de rôle ;
- Hétérogénéité des niveaux de rémunération et inadéquation entre le niveau de rémunération et le niveau de responsabilité, de formation et de compétences ;
- Absence de tradition de remboursement de l'activité prestée par l'APN ;
- Absence d'autonomie suffisante et d'autorité dans certaines institutions ;
- Insuffisance du soutien des centres de formation, des organisations de soins infirmiers ;
- Archétype lié à l'histoire de la profession infirmière s'inscrivant dans un modèle de médecine patriarcale ;
- Insuffisance de données probantes mettant en exergue l'impact positif de l'APN sur les résultats de santé.

Au Royaume-Uni, les infirmières praticiennes éprouvent des difficultés à obtenir une véritable identité professionnelle, en raison d'un débat persistant sur leur définition et leur rôle. En effet, le nom et la signification de ces titres, de même que le contenu des nouvelles fonctions n'ont pas été définis et reconnus par le gouvernement et par la profession. Ce sont les infirmières elles-mêmes et leur employeur qui choisissent d'attribuer tel ou tel titre à l'infirmière. Ce titre ne sera pas systématiquement valable à l'extérieur, même si, de façon générale, les infirmières concernées ont suivi un cursus de formation complémentaire.¹²

1.3.3.5 *Le transfert*

La croissance de la demande en soins et des dépenses de santé ont nécessité le transfert de services traditionnellement assurés par des structures de 2^{ème} ligne vers des structures de 1^{ère} ligne (ex. cliniques du diabète, soins aux personnes âgées ou aux patients psychiatriques). L'efficacité de tels transferts n'est pas démontrée dans la littérature. En particulier, les évaluations économiques omettent le plus souvent de prendre en considération les dépenses désormais à charge du patient.¹⁴

1.3.3.6 *La relocalisation*

Compléter une équipe de généralistes par des spécialistes pourrait accroître la qualité des soins et faciliter l'accessibilité des soins spécialisés pour les patients. Cette relocalisation a été expérimentée au Royaume-Uni par l'introduction de médecins hospitaliers dans la pratique générale. Toutefois, les résultats cliniques se sont avérés identiques alors que les coûts furent nettement plus élevés en raison des temps de trajets accrus pour les médecins et le peu de patients rencontrés. D'autres bénéfices attendus, tels que la percolation des connaissances et des compétences des spécialistes vers les généralistes, n'ont pas été observés en raison de la rareté des interactions entre les deux groupes professionnels.⁴²

1.3.3.7 *La liaison*

La liaison porte surtout sur le recours à l'expertise de spécialistes d'un secteur pour soutenir, instruire une équipe ou un prestataire de soins d'un autre secteur. Les expériences de liaison relatées dans la littérature concernent par exemple l'utilisation de pharmaciens comme conseillers pharmaceutiques pour les médecins ou de spécialistes de la santé mentale pour soutenir les médecins généralistes ;⁴ le recours au gériatre de liaison interne et externe est également cité.¹⁴

1.3.3.8 Application de la modification de l'éventail des qualifications

La modification de l'éventail des qualifications dans les systèmes de santé est complexe. Par exemple, la prise en charge de l'asthme peut être transférée de la 2^{ème} ligne vers la 1^{ère} ligne. Afin d'assurer un tel changement, une infirmière de pratique avancée peut suivre une formation spécifique et acquérir de nouvelles compétences en vue de prendre en charge les patients asthmatiques (élargissement du champ de pratique) et limiter le nombre de consultations auprès du médecin généraliste (substitution). Des tâches simples assumées par l'infirmière, telles que l'accueil d'un nouveau patient, peuvent être déléguées à une infirmière moins experte (délégation) ou à une aide administrative (substitution). Le spécialiste hospitalier et l'infirmière spécialiste conseillent et soutiennent l'équipe de soins de santé primaire dans la gestion de l'asthme (rôle de liaison).¹⁴

La modification de l'éventail des qualifications implique une variété de développements à différents niveaux du système de santé. Le Tableau 2.2 résume les différentes façons de parvenir à une modification de l'éventail des compétences selon le niveau analysé : celui de l'organisation, de l'équipe ou de l'individu.

Tableau 2.2 Modification de l'éventail des qualifications obtenue à différents niveaux du système de santé

Niveau de l'organisation	Niveau de l'équipe	Niveau individuel
Par le mélange de postes, de qualifications ou de métiers pour rencontrer les besoins de la population desservie	Par la combinaison de professionnels de santé au sein d'une équipe (en termes de types de professionnels et de ratio de professionnels)	L'élargissement des rôles et des qualifications des travailleurs individuels
Par la combinaison des qualifications et des compétences de chaque travail tel que requis par les besoins locaux		Substitution de tâches entre différents professionnels
Substitution d'un type de professionnels à un autre et modification du ratio afin d'améliorer l'efficacité		Délégation de tâches au sein de la même profession
		En créant une nouvelle catégorie professionnelle (ex : assistants médicaux)

Source : Zwar et al. (2007) p. 33.⁴³

1.3.4 Facteurs induisant une modification de l'éventail des qualifications

Les facteurs qui motivent une modification de l'éventail des qualifications peuvent être très divers, notamment la volonté d'innover dans la prestation des services, la pénurie de certaines catégories de personnel, l'amélioration de la qualité et le désir d'améliorer l'efficacité de la prestation des services par rapport à son coût.¹³ Ces facteurs varient selon les pays, en fonction de la disponibilité des ressources, du niveau de régulation des systèmes de santé, de la culture, des normes professionnelles et des habitudes de pratique. Le Tableau 2.3 récapitule les déterminants principaux qui amènent les décideurs politiques à envisager une modification de l'éventail des qualifications. Ces déterminants ne sont pas mutuellement exclusifs et se combinent même pour motiver des réformes à entreprendre. Soulignons toutefois que proposer de nouveaux rôles, élargir le champ de pratique ou modifier l'éventail des qualifications ne sont pas les seules interventions possibles ou panacées aux défis présentés. Buchan et Dal Poz (2002) relèvent d'autres options possibles, incluant l'utilisation plus rationnelle des lits hospitaliers, des budgets et des équipements, la variation des modèles de dotation d'équipe en fonction de la charge de travail et de l'état de dépendance des patients et enfin, la révision de l'allocation et de la distribution des ressources (p.ex. entre les soins tertiaires, secondaires et primaires).³

Tableau 2.3 Nouveaux rôles et éventail des qualifications: déterminants, objectifs et interventions possibles

Déterminant	Objectif	Intervention possible
Pénurie de compétences	Répondre aux pénuries de certaines catégories professionnelles	Substitution des compétences : améliorer l'utilisation des compétences disponibles et développer de nouveaux rôles
Maîtrise des dépenses	Améliorer la gestion des coûts organisationnels, principalement liés aux ressources humaines	Réduire les coûts unitaires d'emploi ou améliorer la productivité en modifiant l'éventail ou le niveau des compétences
Amélioration de la qualité	Améliorer la qualité des soins	Améliorer l'utilisation et le déploiement des qualifications de l'équipe par une meilleure combinaison des qualifications et des rôles
Innovation technologique: nouvelles interventions médicales	Assurer l'utilisation coût efficace des nouvelles technologies et interventions médicales	Formation des professionnels à de nouvelles compétences ; développer de nouveaux rôles ou de nouvelles catégories professionnelles
Nouveaux programmes de santé	Maximiser les bénéfices pour la santé de l'implémentation d'un nouveau programme en ayant les travailleurs dotés des compétences nécessaires	Evaluation de la combinaison des compétences la plus coût-efficace ; développement des compétences de l'équipe en place ; introduction de nouveaux rôles
Réforme de secteur de santé	Atteindre les objectifs de maîtrise des dépenses de santé, de qualité des soins, de performance et de capacité de réaction des organisations de santé	Nouveaux profils, re-engineering ; nouveaux travailleurs ; ajustement du travail
Changements de l'environnement législatif ou réglementaire	Opportunités de changement (ou contrainte) dans les rôles professionnelles	Changement ou élargissement des rôles ; nouvelles compétences requises ; introduction de nouveaux travailleurs

Source: Buchan et Dal Poz, 2002³

Les facteurs économiques sont souvent prépondérants. Aux Etats-Unis, pendant les années 90', les pressions financières dues à des systèmes de paiement prospectif et à des gestions de soins par contrat ont conduit beaucoup d'hôpitaux à réduire le nombre d'infirmières et à les remplacer par du personnel moins qualifié (assistantes) au risque de compromettre la qualité des soins.^{44, 45}

En dehors des pressions budgétaires, la qualité des soins et l'organisation sont aussi deux objectifs visés par la modification de l'éventail des qualifications. D'une part, la modification de l'éventail des qualifications est envisagée pour améliorer la qualité des soins, directement en permettant au professionnel de développer une expertise dans un champ d'action mieux ciblé, et indirectement, en permettant de déléguer certaines tâches à différents types de personnels qui viennent renforcer les équipes soignantes, dont la dotation est insuffisante.^{46,47} D'autre part, les hôpitaux visent, par la modification de l'éventail des qualifications, à améliorer la qualité de l'organisation (plus spécialement influencer sur les structures organisationnelles, réduire les frais en personnel, et diminuer le nombre de postes vacants).

Cette modification apparaît aussi comme une réponse à la complexité croissante des soins et à la nécessité accrue de coordination et d'harmonisation.⁴⁸

La modification de l'éventail des qualifications est aussi considérée comme une possibilité d'évolution et de promotion au sein de la profession infirmière car elle accroît les possibilités de carrière des infirmières et des aides infirmières.^{49,50,51} Un effet positif sur le contenu et sur le statut des infirmières et des soignantes est également attendu.^{52,53}

Finalement, la modification de l'éventail des qualifications a été implémentée dans plusieurs pays en réponse à la pénurie des professionnels de santé. Par exemple, le développement des nouveaux rôles infirmiers en soins primaires est bien sûr lié à la demande de soins, et notamment au développement des maladies chroniques requérant des pratiques nouvelles de prévention et d'éducation à la santé ; toutefois, il reste essentiellement lié à la dynamique de la démographie médicale.¹²

Les pays qui ont très tôt organisé le contrôle des ressources médicales ont rapidement développé, en compensation, les rôles infirmiers (Royaume-Uni, Québec, Suède). C'est dans ces pays que le champ de compétences des infirmières et la profession infirmière apparaissent très développés. Toutefois, si les rôles infirmiers semblent s'étendre lorsque le nombre de médecins paraît insuffisant, la pérennisation de ces rôles infirmiers et leur institutionnalisation ne sont pas pour autant garanties. Sitôt que la perception d'une pénurie médicale a été relayée par la perception d'une pléthore dans la province de l'Ontario, les programmes de formation des infirmières praticiennes se sont arrêtés sous la pression des médecins suivis par une diminution des postes qui leur étaient proposés, et ce, sans législation adaptée pour valoriser le rôle infirmier en pratique privée.¹² Néanmoins, une action de lobbying de la part des organisations infirmières et le soutien de la ministre de la Santé de l'époque ont permis à cette fonction de perdurer et même d'étendre son rôle.

De même, c'est au début des années '90 que la pénurie de postes d'internes en soins intensifs pédiatriques en Ontario a conduit à la définition du métier d'infirmière praticienne en soins hospitaliers spécialisés. Cette option, qui existait aux Etats-Unis, a été préférée à celle visant à créer une nouvelle profession d'assistant médical. Un programme de formation de 16 mois a été mis au point pour permettre aux infirmières praticiennes en soins tertiaires de prescrire dans certaines conditions et de réaliser certains actes médicaux.¹²

Les infirmières n'ont pas saisi cette opportunité pour rapprocher leur champ de pratique de celui des médecins en intégrant des activités médicales au risque de voir la frontière entre ces deux professions s'estomper. Au contraire, elles ont cherché à se différencier de l'approche médicale dans une autre conceptualisation du soin et de la santé. Le souhait de la profession infirmière était de se positionner de façon distincte de la médecine mais en complémentarité avec la pratique médicale.

Toutefois, si la pénurie médicale est une opportunité pour les infirmières de voir se créer de nouveaux rôles en amont de leur fonction actuelle, la pénurie infirmière et l'augmentation parallèle des besoins en soins infirmiers jouent conjointement pour souhaiter une modification des qualifications au sein des catégories infirmières et soignantes.⁵⁴ La pénurie infirmière engendre un accroissement de la charge de travail des infirmières en place et menace la qualité des soins délivrés dans les hôpitaux. Ainsi, aux Etats-Unis, un programme de partenariat entre infirmières diplômées (RNs) et infirmières auxiliaires (LPNs) a été implémenté pour pallier le déficit d'infirmières diplômées.⁵⁵ L'introduction d'aides non qualifiées (Unlicensed Assistive Personnel, UAPs) a également été justifiée par l'allègement souhaité de la charge de travail des infirmières, les UAPs prenant en charge les activités de support aux soins. Cet argument est aussi avancé pour justifier la modification de l'éventail des qualifications en Belgique et aux Pays-Bas.^{46,56,57}

Messages clés

- La dotation infirmière englobe le nombre d'infirmières affectées à une unité de soins, leur niveau de formation, leurs compétences et leur expérience ;
- L'éventail des qualifications réfère à la combinaison des profils (expérience et compétence) et se mesure par des ratios ou des proportions : junior/senior, infirmières/aides-soignantes ;
- Le champ de pratique couvre les rôles, fonctions et activités que les infirmières sont autorisées à pratiquer (selon la législation, les normes de pratique, la politique de l'employeur) ;
- Les principales modifications de l'éventail des qualifications sont l'élargissement du champ de pratique, la substitution, la délégation et l'innovation ;
- La répartition des tâches entre professionnels de santé et la définition des rôles respectifs sont deux facteurs essentiels de la qualité du système de santé et de sa capacité à répondre aux besoins de la population ;
- Les expériences de substitution des médecins généralistes et hospitaliers par des infirmières en pratique avancée ont été conduites avec succès, en termes de résultats patients (qualité des soins et satisfaction), mais génèrent à court terme une hausse des dépenses (formation, coordination, supervision et vérification) ;
- En Europe et aux Etats-Unis, l'innovation vise surtout la création de profils infirmiers hautement qualifiés (maîtrise voire doctorat) : les infirmières en pratique avancée, dont les compétences sont étendues (diagnostic, prescription, prise en charge de situations de soins très complexes) ;
- Une modification de l'éventail des qualifications peut être envisagée pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prestation de service en réduisant son coût, pour pallier la pénurie d'une catégorie professionnelle (pénurie de compétences), pour réduire la charge de travail d'une catégorie professionnelle, pour faciliter l'accès des patients aux soins (régions isolées, listes d'attente importantes) ou pour répondre à des innovations technologiques ;
- Une modification de l'éventail des qualifications peut contribuer à la revalorisation de certaines professions dans la mesure où elles font l'objet de formations et de qualifications reconnues, permettant des évolutions de carrière ;
- Des expériences de délégation entre infirmières et auxiliaires sont entreprises en Europe, au Canada et aux Etats-Unis dans un contexte de pénurie infirmière et de compression budgétaire.

I.4 IMPACT DE LA DOTATION INFIRMIÈRE SUR LA QUALITE DES SOINS AUX PATIENTS, L'ÉQUIPE ET LE SYSTÈME DE SANTÉ

I.4.1 Impacts de la dotation de l'équipe sur la qualité des soins

On ne trouve pas, dans la littérature disponible, de consensus sur ce que pourraient être des niveaux «sûrs» de dotation en personnel infirmier. Cependant, certains auteurs sont conscients du fait que la notion de sécurité des dotations en effectifs dépend, généralement, des contextes de soins. Il s'agit, en définitive, de disposer d'un nombre adéquat de collaborateurs pour faire face à la complexité des besoins des patients.¹¹

Les infirmières, qui constituent un élément essentiel des équipes interdisciplinaires, prodiguent souvent leurs soins en collaboration avec d'autres prestataires de soins, qualifiés ou non.

De nombreuses recherches suggèrent que l'augmentation du ratio infirmières/patients et du nombre d'infirmières qualifiées et spécialisées au sein de l'équipe sont liées à des résultats positifs chez le patient. Des études récentes, présentées ci-dessous, ont établi un lien entre la dotation en infirmières diplômées (RNs) dans les hôpitaux aigus et des résultats positifs pour les patients. Cette relation a été attribuée à la présence des infirmières diplômées ayant des connaissances appropriées pour procéder à des évaluations approfondies et assurer la surveillance continue de changements cliniques. Lorsque ces infirmières sont en nombre suffisant dans les services aigus, elles ont plus de temps pour suivre l'évolution de l'état de santé des patients, ce qui leur permet de détecter plus rapidement des changements de cet état et d'accroître leur capacité d'intervention. Les compétences des infirmières liées aux résultats positifs pour les patients sont la capacité de poser un diagnostic exact, de réfléchir de façon critique et de résoudre des problèmes, de faire des interventions novatrices en temps opportun, ainsi que de déployer des capacités de leadership et de supervision.⁷

Blegen et al. (1998)⁵⁸ ont étudié les relations entre le nombre total d'heures de soins, la qualification de l'équipe et les événements adverses chez les patients, agrégées au niveau de l'unité d'hospitalisation. Les résultats, contrôlés pour la gravité de l'état des patients, indiquent que plus le niveau de qualification de l'équipe est important (plus de 87% de l'équipe est composé d'infirmières qualifiées), plus faible est l'incidence des erreurs de médication, des chutes, des lésions de la peau, des plaintes des patients et de leurs familles, des infections respiratoires et urinaires et des décès.

Jarman et al. (1997)⁵⁹ ont conduit une étude rétrospective sur 7 millions d'admissions dans les hôpitaux aigus du Royaume-Uni entre 1992 et 1995. Les auteurs relèvent une corrélation positive et statistiquement significative entre le taux d'auxiliaires et la mortalité, et ce après ajustement des facteurs de co-morbidité ($p < 0.05$). Ces résultats sont corroborés par l'étude de Person et al. (2004)⁶⁰ soulignant que la mortalité des patients atteints d'un infarctus du myocarde était plus faible lorsqu'ils étaient traités dans des hôpitaux dont le ratio RNs/LPNs était supérieur ($p < 0.01$).

Au Canada, une étude rétrospective de Tourangeau et al. (2002)⁶¹ a investigué les taux de mortalité à 30 jours de patients hospitalisés. Des données ont été récoltées concernant 46 941 patients victimes d'infarctus du myocarde, d'attaques, de pneumonie ou de septicémie dans 75 hôpitaux de la province canadienne de l'Ontario. L'étude montre une relation entre la diminution de la mortalité à trente jours et un profil des qualifications plus riche et la présence, dans l'unité clinique, d'infirmières ayant plusieurs d'années d'expérience. Une autre étude rétrospective de Tourangeau et al. (2007)⁶², se centrant sur les patients médicaux, montre que les facteurs qui expliquent une diminution de la mortalité à 30 jours incluent un profil des qualifications plus riche, un plus grand ratio d'infirmières détenant un niveau de baccalauréat et l'utilisation plus importante des plans de soins.

Ces associations sont confirmées par Estabrooks et al. (2005)⁶³ qui s'appuient sur l'analyse de 18 142 dossiers de patients. Une proportion plus élevée d'infirmières ayant un niveau de diplôme élevé (RN avec baccalauréat) contribue, avec une bonne collaboration infirmières-médecins, à réduire le risque de mortalité. Une augmentation de 10% du taux d'infirmières ayant un niveau baccalauréat était aussi associée à une diminution de 5% du taux d'échecs thérapeutiques pour des patients chirurgicaux (OR 0.95 ; [IC 95% : 0.91-0.99]).⁶⁴

Ces études d'associations n'indiquent toutefois pas quel seuil d'infirmières ayant un niveau élevé est requis pour éviter les événements adverses.

Unruh (2003)⁶⁵ rapporte que les hôpitaux de l'Etat de Pennsylvanie sont insuffisamment dotés en personnel infirmier (RNs et LPNs) et que la charge de travail pour ces deux groupes a augmenté de façon significative entre 1991 et 1997 ($p < 0.05$). En parallèle, l'occurrence des événements adverses (pneumonies, ulcères de décubitus, atelectasies, infections urinaires) est devenue plus fréquente dans les hôpitaux comptant moins d'infirmières, incluant RNs et LPNs ($p < 0.05$). Les hôpitaux mieux dotés présenteraient des taux moindres de chutes, de pneumonies et d'escarres.

Selon cette étude, le nombre absolu de RNs est plus important pour prédire les événements adverses que la proportion de RNs dans la dotation globale. En d'autres mots, si le nombre de RNs est suffisant pour garantir la qualité des soins, l'éventail des qualifications semble secondaire.

Au contraire, une dotation infirmière inadéquate (trop faible) est liée à la mortalité hospitalière),^{58,66,67,68,69,70,71,72} aux réadmissions hospitalières non planifiées et aux échecs thérapeutiques,⁷² à l'augmentation de la durée de séjour,^{68,70,73} des erreurs médicales,⁵⁸ des infections nosocomiales, des pneumonies,⁶⁹ des erreurs médicamenteuses^{74,75} et des escarres de décubitus.^{58,71} Selon Kovner et al. (2002),⁷⁶ une dotation infirmière insuffisante serait principalement liée à deux causes : les restructurations dans les soins de santé pour des raisons économiques et une pénurie infirmière qui se généralise en raison de l'effet conjugué du vieillissement de la profession et de la diminution de l'attractivité des études auprès des jeunes.

En utilisant des analyses de régression pour neutraliser le risque de résultats indésirables, Needleman et al. (2002)⁶⁷ ont montré qu'une proportion plus élevée d'heures consacrées aux soins par des infirmières professionnelles, ainsi qu'un plus grand nombre absolu d'heures de soins assurées par les mêmes infirmières, sont associés à une durée d'hospitalisation réduite et à des taux inférieurs d'infections urinaires, d'hémorragies digestives, de pneumonies, d'états de choc et d'arrêts cardiaques ainsi qu'à un nombre réduit d'échecs thérapeutiques. Kovner et Gergen (1998)⁷⁷ ont également observé qu'une demi-heure supplémentaire de soins dispensés par une infirmière par patient et par jour réduisait le nombre de pneumonies post-opératoires de plus de 4%. De même, Cho et al. (2003)⁷⁸ ont trouvé qu'une heure de soins dispensés par une infirmière par patient opéré et par jour était liée à une diminution de 8.9% du risque de contracter une pneumonie, et qu'une augmentation de 10% de la proportion de soins dispensés par une infirmière par jour était liée à une baisse de 9.5% du risque de pneumonie.

Hickam et al. (2003)⁷⁹ ont conclu que le nombre de données probantes était suffisant pour établir un lien entre la dotation infirmière et les résultats indésirables pour les patients. L'analyse documentaire de Curtin (2003)⁸⁰ a révélé que les tentatives du début des années 1990 de réduction des coûts par réduction du nombre d'infirmières ont entraîné une augmentation des résultats indésirables chez les patients.

En conséquence, certains pays ont introduit des lois destinées à améliorer la dotation en effectifs infirmiers. Aux Etats-Unis, l'American Nurses Association (ANA) a donné l'impulsion à une législation spécifique, adoptée en réponse aux conséquences de graves pénuries : heures supplémentaires, détérioration de la sécurité et des soins aux patients. Cette loi, adoptée par la Chambre des représentants en décembre 2003, prévoit notamment l'introduction d'outils plus efficaces pour le calcul des niveaux de dotation et de composition des effectifs.

Une autre approche de la sécurité des effectifs consiste à imposer des ratios d'infirmières. Si de telles mesures ont été recommandées en Belgique sur la base d'ensembles de données minimales, elles n'ont été formellement adoptées qu'en Californie et dans l'État australien de Victoria. Les ratios représentent le nombre maximal de patients qui peuvent être assignés à une infirmière pendant une période de travail et varient en fonction des unités de soins. Les normes, tout en imposant une certaine quantité d'effectifs infirmiers, laissent une marge de manoeuvre lorsqu'il s'agit de déterminer la catégorie d'infirmières à déployer en fonction du champ d'exercice et de l'acuité des besoins des patients.

Toutefois, le rapport de l'Institut de Médecine « Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses » (IOM, 2004) reconnaît que l'application de ratios minimaux ne garantit pas forcément la qualité des soins et la sécurité des patients, puisque les résultats positifs pour les patients dépendent davantage de la composition du personnel, de la compétence de l'infirmière et de l'acuité des soins à donner. L'une des recommandations formulées dans le rapport consiste à déterminer la composition du personnel grâce aux recherches scientifiques ou sur avis d'experts tenant compte du risque d'effets indésirables pour les patients.

I.4.2 Détermination de la dotation adéquate de l'équipe

De plus en plus de recherches publient leurs résultats sur la relation entre composition des équipes infirmières et qualité des soins. Toutefois, la recherche sur la diminution des effets indésirables à l'origine de ces résultats n'inclut pas encore suffisamment d'études sur la dotation en personnel dans des types particuliers de services de soins. C'est pourquoi on n'arrive pas à établir de descriptions quantitatives des niveaux de dotation que les hôpitaux pourraient utiliser pour évaluer le caractère approprié de leurs effectifs. On a réalisé des études sur la dotation en personnel dans des services de soins intensifs, mais celles qui portent sur les services de médecine générale et de chirurgie sont moins nombreuses.⁷

La détermination de la composition adéquate du personnel devrait faire appel à des outils validés d'aide à la prise de décisions. Les systèmes de classification des patients (SCP) qui mesurent la charge de travail des infirmières sont les outils les plus couramment utilisés.⁷

Ces outils utilisent des équations mathématiques qui mesurent l'acuité des besoins des patients et traduisent ces besoins en interventions requises par les soignants. La charge de travail en soins est évaluée par le biais du temps qu'il faut pour exécuter les interventions. Cette tâche administrative est souvent lourde, ardue et chronophage. De plus, les estimations sont souvent imprécises, limitant les prévisions en matière de dotation à des estimations bâties sur des moyennes.⁸¹ Ces outils ont leurs avantages et leurs limites, mais sont rarement suffisants pour projeter les effectifs dont un service a besoin chaque jour.⁸² Ces systèmes ne contrôlent ni les admissions ni les sorties, ni les variations fréquentes de l'état de santé des patients dans un contexte de soins aigu. De plus, ils ne peuvent intégrer des variables telles que l'expérience ou l'éventail des compétences du personnel infirmier; le personnel de soutien disponible; l'organisation et le système de prestation des soins entre les services; l'aménagement physique des divers services. La validation de ces outils pose également question; si la validité et la fiabilité de ces outils sont adéquatement évaluées au cours de leur mise en œuvre, l'actualisation de cette validation suite aux changements au niveau du personnel, des milieux de travail, des outils, du matériel et des technologies fait souvent défaut.

En conclusion, la recherche indique que les systèmes de classification des patients répondent partiellement aux questions relatives à la dotation en personnel. Bien qu'utiles à l'identification des rôles d'infirmières, la plupart de ces outils ne peuvent en restituer les aspects cognitifs et intellectuels. Des fonctions aussi importantes que la coordination et la prise de décision ne sont ni décrits ni quantifiés de manière satisfaisante.⁸³

Keith Hurst (2002) propose d'autres approches de l'estimation de la taille et de la composition des équipes infirmières en évaluant un algorithme basé sur le jugement professionnel, une formule de calcul du nombre d'infirmières par période de travail, la méthode de l'infirmière par lit occupé, la méthode temps par tâche / activité et des méthodes d'analyses régressives.

Tous ces systèmes exigent, pour leur application, une grande quantité de données, ce qui les rend d'autant moins adaptés aux contextes connaissant déjà des carences en personnel.¹

D'autres outils, tels que l'outil d'évaluation de la complexité du travail (Work Complexity Assessment – WCA) visent davantage une approche fondée sur l'équipe, leur permettant de gérer leur volume de travail en adaptant, non l'offre de soins mais bien la demande (p. ex. limitation des admissions si les effectifs infirmiers sont insuffisants).

Finalement, le Conseil International des Infirmières (2006) préconise l'adoption par les hôpitaux et les organisations infirmières de leur propre définition de la sécurité du niveau des effectifs, basée sur l'acuité des patients, la composition du personnel, etc.

1 (voir http://www.leeds.ac.uk/lihs/hsc/documents/nurse_staffing.xls, consulté le 13 mars 2008).

L'American Nurses Association est aussi favorable à l'application du jugement professionnel : les niveaux de dotation en effectifs doivent être fixés compte tenu de l'expérience des infirmières impliquées dans les soins directs ainsi que du nombre des patients, de leur état de santé et de la disponibilité de systèmes et ressources d'appui. Cette approche permet d'intégrer les apports des différentes catégories de soignants qui participent aux soins.

1.4.3 Impact de la dotation de l'équipe sur l'équipe infirmière

La dotation de l'équipe infirmière a aussi un impact sur la satisfaction des infirmières, leur niveau de stress et par conséquent sur l'absentéisme des infirmières.

Les résultats de l'étude de Aiken et al. (2002)⁶⁶ indiquent que chaque patient opéré ajouté à la charge professionnelle de 4 patients par infirmière était associé à une augmentation de 23% de l'épuisement professionnel et à une augmentation de 15% de l'insatisfaction professionnelle des infirmières. Deux études canadiennes corroborent ces résultats. O'Brien-Pallas et al. (2004)⁸⁴ ont conclu que, dans les unités de soins où les niveaux de productivité étaient supérieurs à 80%, le niveau d'insatisfaction et le taux d'absentéisme du personnel soignant était plus élevé. Lorsque le niveau de productivité dépasse 83%, la proportion d'infirmières ayant l'intention de démissionner était plus élevée qu'ailleurs. Bien que ces études aient utilisé des mesures différentes de dotation en personnel infirmier, leurs données relatives aux conséquences de la dotation en personnel infirmier sur les résultats du personnel concordent.

1.4.4 Impact de la dotation infirmière sur le système de soins

Des études ont aussi indiqué que les coûts plus élevés liés à l'embauche des infirmières diplômées sont compensés par des gains de productivité et des réductions de coûts découlant de la diminution de la durée du séjour et des taux de réadmissions.^{58,66,67, 78}

Amaravadi et al. (2000)⁸⁵ ont étudié la relation entre la dotation infirmière et les complications suite aux oesophagectomies en unités de soins intensifs. Lorsque le ratio patients/infirmière dépasse 2:1, une augmentation d'environ 40% de la durée moyenne des hospitalisations et une augmentation ultérieure des coûts hospitaliers totaux a été observée. Dimick et al. (2001)⁸⁶ ont de même observé qu'un ratio patients/infirmière plus élevé ($\geq 3:1$) était lié à des risques plus élevés de réintubation, entraînant une augmentation de 14% des coûts hospitaliers comparé à un ratio patients/infirmière plus bas (1-2 :1).

Messages clés

- La recherche de résultats supérieurs pour le patient passe par une dotation améliorée en personnel infirmier ;
- Des études scientifiques, menées sur grands échantillons et contrôlant les facteurs de confusion concluent qu'une unité adéquatement dotée en personnel hautement qualifié a un effet bénéfique sur les résultats des patients (diminution de l'incidence de la mortalité et des événements adverses) et sur leur satisfaction ;
- La dotation de l'équipe infirmière a aussi un impact sur la satisfaction des infirmières, leur charge de travail, leur niveau de stress et par conséquent sur l'absentéisme des infirmières ;
- Malgré un nombre substantiel de recherches ayant étudié la relation qui existe entre la dotation en personnel infirmier et la qualité des soins, les chercheurs n'ont pas réussi à tirer de conclusions concernant la meilleure combinaison de compétences, faute de données probantes ;
- Le calcul de la dotation 'idéale' en personnel infirmier n'est pas simple. Pour être efficace, le plan de dotation doit tenir compte de la complexité inhérente à la prestation de services aux patients et de la concordance à établir entre la composition des ressources humaines (compétences, effectif, formation et expérience) et les besoins des patients.

I.5 IMPACT DE LA MODIFICATION DE L'ÉVENTAIL DES QUALIFICATIONS SUR LA QUALITÉ DES SOINS AUX PATIENTS, L'ÉQUIPE ET LE SYSTÈME DE SANTÉ

La littérature relative à l'impact de la modification de l'éventail des qualifications ou à l'intégration de personnels de faible niveau de qualification comprend beaucoup d'études descriptives qui souffrent de faiblesses méthodologiques. La plupart des études s'intéressent aux dotations infirmières mixtes, composées soit d'infirmières de qualifications et spécialisations différentes, soit d'infirmières et d'aides infirmières. Relativement moins d'études se penchent sur l'introduction d'autres travailleurs de la santé, qui ne soient ni médecins, ni infirmiers.

Les deux thèmes principaux qui font l'objet d'investigations sont 1) l'efficacité d'une force de travail uniquement composée d'infirmières qualifiées en comparaison avec une dotation mixte qualifiée/non qualifiée, et 2) l'impact de l'augmentation de la proportion d'assistants et d'auxiliaires dans la dotation globale sur les coûts organisationnels et l'efficacité.

Le premier thème centré sur les soins délivrés uniquement par des infirmières fait l'objet de nombreuses publications, principalement dans les pays anglo-saxons (États-Unis, Canada et Royaume-Uni). Le deuxième thème centré sur la modification de l'éventail des qualifications, a été étudié plus tard, lorsque les restrictions budgétaires et les pénuries infirmières ont incité à reconsidérer la dotation infirmière dans de nombreux pays, organisations et secteurs de santé.

I.5.1 Impact de la modification de l'éventail des qualifications sur la qualité des soins

I.5.1.1 *L'introduction de personnel moins qualifié dans les équipes*

Deux études pilotes ont été conduites sur le partage de compétences entre infirmières diplômées (Registered Nurses, RNs) et infirmières auxiliaires (Licensed Practical Nurses, LPNs).

Au sein d'un hôpital en Californie, Ringerman et al. (2000)⁵⁵ ont mis en place un programme de partenariat entre RNs et LPNs, en vue de pallier une dotation infirmière insuffisante dans un service de soins intensifs. Cette dotation insuffisante générait des coûts importants en personnel intérimaire et en heures supplémentaires, une rupture dans la continuité des soins, et un épuisement des infirmières qui acceptaient des heures de travail supplémentaires. L'implémentation des LPNs a permis de réduire ces coûts tout en maintenant la qualité des soins. La satisfaction des infirmières a toutefois diminué. Cette étude pilote étant de dimension réduite, les résultats observés ne sont pas généralisables.

Une expérience similaire est reportée par Kenney (2001)⁸⁷ au sein de deux unités médico-chirurgicales, où un partenariat entre RNs et LPNs a été instauré. Les LPNs ont été sélectionnées sur base de leur expertise, leur champ de pratique a été précisément défini ainsi que les procédures de travail qu'elles avaient à respecter. La responsabilité et la supervision de l'infirmière en chef étaient claires. La qualité des soins évaluée par le taux d'erreurs de médication et le taux de chutes chez les patients est restée stable au cours de la période d'expérimentation. Le succès de cette expérience réside dans un leadership clair, une précision des fonctions et rôles de chacun, une communication claire des objectifs, enjeux et partage des compétences afin de lever l'ambiguïté de rôle et conflit de rôles.

Dans un essai contrôlé, Binnekade et al. (2003)⁸⁸ ont introduit, dans des unités de soins intensifs, des infirmières non spécialisées ayant pour fonction précise de réaliser les soins de base et l'apport nutritionnel aux patients sous la supervision des infirmières spécialisées et d'aider les infirmières spécialisées dans leurs autres tâches.

Cet apport supplémentaire de main d'œuvre non spécialisée a permis aux infirmières spécialisées de consacrer davantage d'heures de soins aux patients et de réduire significativement l'incidence d'événements critiques (RR : 0.70 ; IC95% : 0.56-0.86).

Les auteurs concluent à une amélioration de la qualité des soins grâce à l'augmentation en temps infirmier spécialisé disponible.

Au Canada, les soins aux patients étaient traditionnellement délivrés par des infirmières diplômées. Le personnel de soutien, non diplômé (Unlicensed Assistive Personnel, UAPs), composé d'aides soignantes, d'aides infirmières et de brancardiers, contribuait surtout à compléter les soins délivrés par les infirmières. Toutefois, un nombre croissant de profils d'aides infirmières s'est développé pour délivrer directement des soins aux patients (alimentation, soins d'hygiène...).⁸⁹ Selon l'étude quasi-expérimentale de Tourangeau et al (1999),⁹⁰ l'implémentation de ce nouveau modèle d'équipe infirmière (RNs + UAPs) a amélioré les connaissances des patients à l'égard de leur traitement intraveineux, mais a réduit le temps que les infirmières consacrent aux patients pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. L'étude n'apporte aucune donnée probante au sujet de l'impact de ce modèle sur d'autres indicateurs tels que le taux de chutes des patients, les erreurs de médication, le temps consacré par les infirmières à la sortie du patient, et au soutien émotionnel des patients et de leur famille, le taux de satisfaction des patients vis-à-vis des infirmières, et les coûts. Toutefois, les infirmières estiment qu'elles doivent consacrer plus de temps à la communication et à la gestion des conflits, et que leur charge de travail leur semble plus importante qu'avant l'implémentation de ce partenariat. Les auteurs concluent à l'absence de bénéfice tangible pour les patients comme pour les équipes.

La méta-analyse de Kane (2007)⁷² conclut à l'association positive entre le nombre d'heures de soins assurées par des infirmières (RNs) ou par des aides non qualifiées (UAPs) et la réduction des chutes de patients en unités de soins intensifs.

Selon Sovie et al. (2001),⁹¹ le taux de chutes est plus faible dans les unités de soins dotées d'UAPs si ces dernières ont été engagées parallèlement à l'augmentation du nombre d'heures de soins délivrées par des infirmières par patient et par jour.

1.5.1.2 *L'introduction de personnel plus qualifié dans les équipes*

Shaw (1999)⁹² a étudié la qualité des soins délivrés par des infirmières en pratique avancée à des patients gériatriques admis à l'hôpital, dans un essai clinique contrôlé et randomisé. Le suivi de 262 patients gériatriques pendant 24 semaines au sein de 2 hôpitaux universitaires de Philadelphia apporte des résultats en faveur du suivi de ces patients par des infirmières ayant un haut niveau de scolarisation : les patients suivis par les APN étaient moins fréquemment réadmis, et dans un délai plus long après l'hospitalisation que les patients du groupe témoin ($p < 0.001$); leur durée de séjour à l'hôpital était significativement plus courte (Durée Moyenne de Séjour = 7.5 jours vs 11.0 jours, $p < 0.001$), pour un coût moindre (US\$3 630 vs \$6 661/patient, $p < 0.001$). Aucune différence statistiquement significative n'a été rapportée entre les deux groupes en termes de statut fonctionnel, de troubles de l'humeur ou de satisfaction des patients. Une étude semblable a été conduite par Naylor et al. (2004)⁹³ chez des personnes âgées admises à l'hôpital avec un diagnostic de décompensation cardiaque. Au total, 239 patients (dont 118 suivis par une APN) ont été enrôlés avec un suivi à un an. À 1 an post-hospitalisation, le taux de réadmission ou de décès était inférieur dans le groupe suivi par une APN comparativement au groupe témoin (48% vs 61%, RRR : 29% ; IC95% [7.3% - 47%]); de même, le groupe suivi par une APN a enregistré un nombre total moindre de réadmissions (104 vs 162, $p < 0.05$) et de co-morbidités associées à la réadmission (23 vs 50, $p < 0.01$). La survie médiane sans maladie était aussi plus élevée dans le groupe suivi par une APN (241 jours vs 131 jours, $p < 0.05$). Aucune différence n'est constatée en termes de qualité de vie et de statut fonctionnel à 1 an. Les coûts totaux moyens (ajustés selon la durée de suivi dans les 2 groupes) étaient plus bas dans le groupe suivi par l'APN que dans le groupe témoin (US\$ 7 636 vs US\$12 481).

1.5.2 Impact de la modification de l'éventail des qualifications sur les professionnels

Une relation positive entre la composition diversifiée de l'équipe soignante et la satisfaction au travail des infirmières a été relevée par McGillis Hall (2003).⁸⁹ Cette satisfaction accrue s'explique à la fois par le nombre supérieur d'infirmières au sein de l'équipe et par le temps de soins infirmier libéré par la présence d'aides soignantes qui accomplissent les activités non infirmières.⁹⁴ Une étude conduite parmi des accoucheuses révèle qu'elles consacrent une grande partie de leur temps de travail à des activités administratives et logistiques (secrétariat, intendance, transport des patientes, gestion des stocks) et qu'elles accepteraient volontiers l'introduction d'assistantes accoucheuses capables d'identifier et de réaliser ces tâches.⁹⁵ Keeney et al. (2005)⁹⁶ rapportent une perception positive des infirmières et accoucheuses à l'égard du travail effectué par les « Health Care Assistants » (HCA), car ceux-ci apportent une assistance valable en prenant en charge des tâches non professionnelles. De même, dans les centres de dialyse,⁹⁷ une réduction de la charge de travail des infirmières est constatée suite à l'engagement « d'assistants-dialyistes » assumant les transports de patients, les tâches hôtelières et d'entretien domestique.

La création de nouvelles fonctions (p. ex. HCAs) et la valorisation de fonctions existantes⁹⁸ sont perçues positivement par les travailleurs qui en bénéficient car elles favorisent l'évolution de leur carrière.⁵³ Les travailleurs pour qui s'ouvrent de nouvelles opportunités de travail sont aussi plus motivés.⁹⁹ Au Royaume Uni, les Health Care Assistant (HCAs) sont employés pour suppléer, compléter ou remplacer les infirmières.¹⁰⁰ La démarcation entre ces deux groupes est souvent floue, laissant place à un chevauchement entre les deux. Les infirmières voient ce chevauchement comme une menace pour leur identité professionnelle, alors que les HCAs le considèrent comme une opportunité pour leur développement.

Dans un contexte de pénurie de personnel infirmier, la réorganisation du travail peut aussi être perçue comme une intensification du travail⁹⁹ et amener les infirmières à travailler davantage pour assumer les tâches inhérentes aux nouvelles fonctions.¹⁰¹ Renforcer les équipes par du personnel moins qualifié (ex : compléter l'équipe infirmière par des aides infirmières) peut ne pas entraîner l'effet escompté tout en accroissant la charge de travail en raison de la nécessité de superviser les tâches déléguées à ce nouveau personnel.²¹ Ainsi, les expériences de partenariat entre infirmières et aides soignantes peuvent générer conflit, colère et frustration chez les infirmières qui sont amenées à déléguer des tâches à des aides inexpérimentées et dont la présence est perçue comme inappropriée pour soigner des patients de plus en plus aigus.¹⁰²

Aux Etats-Unis, la restructuration du travail infirmier sur le modèle des soins primaires (Primary Care Nursing) a aussi conduit à l'implémentation d'une pratique différenciée entre les infirmières, les unes étant responsables de la coordination des activités, les autres étant amenées à délivrer directement les soins aux patients. Cette différenciation des tâches a été source de conflit de rôles ; les infirmières responsables des soins se sentant désinvesties de l'aspect cognitif de la fonction, lié à la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.^{103,104} Les infirmières coordinatrices craignaient quant à elle une perte d'habileté dans les soins. La crainte que la pratique différenciée entraîne un retour vers un système tayloriste de travail à l'acte préoccupe les infirmières comme les soignantes car il conduirait à l'abandon de « la prise en charge holistique du patient », centrale dans les modèles actuels de soins. Pourtant, il n'y a pas de contradiction entre une prise en charge holistique et la différenciation des tâches, puisqu'il s'agit de différencier des tâches qui ne sont pas directement liées au patient, et que la responsabilité de l'infirmière à l'égard du patient reste indissociable.^{105-107,53,108} Soins intégrés et différenciation des tâches peuvent aller de pair.¹⁰⁹ Une formation adéquate des infirmières à la coordination d'une équipe, à la délégation des tâches et à la supervision est nécessaire et permet d'obtenir un plus haut degré de satisfaction au travail.¹¹⁰

1.5.3 Impact de la modification de l'éventail des qualifications sur le système de soins

La substitution d'infirmières par des assistants moins coûteux en raison de leur faible coût salarial pour des raisons économiques est rencontrée de plus en plus fréquemment dans de nombreux pays. Certains auteurs constatent que le remplacement d'infirmières qualifiées par du personnel moins qualifié pourrait ne pas être aussi coût-efficace qu'attendu, en raison des coûts cachés liés à l'utilisation de plus faibles niveaux de compétences.^{111,102} Les arguments présentés s'appuient sur des facteurs tels que des niveaux plus élevés d'absentéisme et de rotation du personnel moins qualifié, des temps de productivité moindres liés au manque d'autonomie et d'indépendance dans le travail du personnel moins qualifié, et des effets adverses en termes de qualité des soins lorsque les auxiliaires et autres assistants effectuent des actes qui dépassent leur capacité technique ou légale. Toutefois, ces études sont limitées au niveau du service dans lequel ont été introduits ces personnels. Aucune unanimité dans les résultats ne permet de tirer des conclusions fermes.

Messages clés

- **La littérature relative à l'intégration de professionnels de faible qualification dans les équipes infirmières souffre de limites méthodologiques ; leurs conclusions doivent être interprétées avec précaution ;**
- **L'introduction de personnel auxiliaire dans les équipes infirmières permet d'assurer des soins de qualité en allégeant la charge de travail des infirmières et en leur permettant de consacrer plus de temps aux soins qui requièrent leur niveau de compétence ; l'impact sur la réduction des coûts est moins clair, en raison de nombreux coûts cachés (absentéisme et turnover, événements adverses) ;**
- **Le succès des expériences d'introduction de personnel auxiliaire dans les équipes infirmières réside dans un leadership clair, une formation adéquate des infirmières à la délégation des tâches et à la coordination, une précision des fonctions et rôles de chacun, une communication claire des objectifs, enjeux et partage des compétences afin de lever ambiguïté de rôle et conflit de rôles ;**
- **Mal préparée et mal encadrée, cette expérience de partenariat entre infirmières et auxiliaires peut générer insatisfaction et surcharge de travail pour les infirmières, qui consacrent davantage de temps à la communication, à la coordination, à la supervision et à la gestion des conflits ;**
- **L'introduction de personnel plus qualifié (infirmières spécialisées et infirmières en pratique avancée) dans les équipes infirmières est associée à de meilleurs résultats de soins (réduction de la durée de séjour et des réadmissions) et à des coûts totaux plus bas.**

1.6 CARACTERISTIQUES DE LA DOTATION INFIRMIERE ET FACTEURS ORGANISATIONNELS

1.6.1 Formation des infirmières

Au-delà des données brutes associées au nombre d'infirmières, le niveau de formation qu'elles reçoivent est tout aussi important. Les infirmières diplômées ont une plus grande capacité à résoudre les problèmes, à assurer des fonctions complexes et une communication interdisciplinaire efficiente.⁷⁹

La profession infirmière reconnaît différents niveaux de formation, valorisés ou non. En Belgique, les infirmières spécialisées seront préférentiellement recrutées dans les services de haute technologie et les infirmières bachelières et hospitalières dans les services de médecine, de chirurgie et dans les services de long séjour.

Toutefois, sur le terrain, la différence d'activités et de tâches entre ces deux catégories professionnelles reste floue. Par contre, certaines qualifications professionnelles concentrent l'activité du professionnel sur un champ d'activité spécifique (ex : infirmière référente en soins de plaies, infirmière instrumentiste en salle d'opération, infirmier perfusionniste, ...). Au Québec, les infirmières ayant un niveau de formation de 2^{ième} cycle (maîtrise) exercent principalement en soins de santé communautaires alors que les infirmières formées dans le 1^{er} cycle (collège) exercent en milieu hospitalier.

Aiken et al. (2003)⁶⁴ ont mis en évidence un lien positif très fort entre le niveau de formation des infirmières employés et les taux de mortalité enregistrés dans un hôpital, les résultats les plus négatifs étant observés dans les hôpitaux où seulement 20% des infirmières détenaient un baccalauréat. Au contraire, les meilleurs résultats ont été observés dans les hôpitaux où 60% des infirmières détenaient un baccalauréat ou un diplôme supérieur. L'étude de Tourangeau et al. (2002)⁶¹ a conclu que lorsqu'on augmente de 10% le nombre d'infirmières détenant un baccalauréat, il y a 9 décès de moins par 1 000 patients sortants. Estabrooks et al. (2005)⁶³ confirment cette relation en concluant qu'un niveau de formation des infirmières plus élevé est lié à une diminution de 19% des taux de mortalité des patients dans les 30 jours.

1.6.2 Expérience des infirmières

L'expérience des infirmières peut se rapporter aux années de travail comme infirmière, ainsi qu'aux années passées au service d'un groupe de patients donné. Cette expérience exerce aussi un rôle modérateur sur la relation entre dotation de l'équipe et résultats pour les patients. L'étude de Tourangeau et al. (2002)⁶¹ conclut que lorsque les infirmières possédaient de l'expérience avec un groupe de patients donné, cela entraînait une diminution du taux de mortalité dans les 30 jours suivants la sortie de l'hôpital de patients qui ont subi une crise cardiaque, un accident cérébro-vasculaire, une pneumonie ou une septicémie. Plus précisément, chaque année d'expérience supplémentaire dans une unité donnée entraînait une diminution de 4 à 6 décès pour 1 000 patients, selon le type d'hôpital concerné.

Selon une étude australienne portant sur 735 rapports couvrant 1 472 incidents dans 93 unités de soins intensifs, l'inexpérience du personnel infirmier – que ce soit l'inexpérience générale ou celle reliée à une procédure précise ou à un équipement particulier – aurait causé directement ou indirectement 10% de tous les incidents indésirables qui ont été rapportés.¹¹²

L'absence d'expérience dans un poste de travail est particulièrement aigüe chez le personnel intérimaire, engagé pour répondre à des demandes ponctuelles. Alonso-Echanove et al. (2003)¹¹³ ont observé 4 535 patients admis dans 8 unités de soins intensifs (USI) au sein de 6 hôpitaux ; les patients, porteurs d'un cathéter veineux central, qui ont été suivis par une infirmière de l'équipe mobile pendant plus de 60% de la durée d'hospitalisation en USI, avaient 2.6 fois plus de risque de contracter des infections liées à leur cathéter.

1.6.3 Besoins en soins des patients ou complexité de la situation

La prestation des soins de qualité aux patients est la pierre angulaire des soins infirmiers. Les documents sur la dotation en personnel reconnaissent que la prestation de soins est tributaire des caractéristiques des soignants (telles que l'âge, la compétence et la formation des infirmières), de l'environnement (telles que le soutien logistique et administratif, le nombre de membres du personnel) mais aussi du type et de l'état de santé des patients (telles que l'état chronique ou la crise aigüe, la gravité et la complexité).¹¹

Dans le rapport rédigé pour l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Seago (2001)⁸² constatait qu'il n'y a pas de données probantes définitives permettant de déterminer les seuils précis d'infirmières diplômés requis, le nombre idéal d'heures de services infirmiers par jour-patient ou l'éventail des compétences infirmières en fonction de diverses populations de patients ou de divers types de services infirmiers. Les résultats des études les plus rigoureuses ne s'appliquent pas nécessairement à des milieux différents.

Buchan et Dal Poz (2002)³ en concluent qu'il faudrait d'abord définir les besoins en soins d'une population de patients en particulier et utiliser ensuite cette définition pour déterminer les compétences nécessaires au personnel. D'autres chercheurs ont signalé le besoin de recueillir des données et de les ajuster, en fonction de la gravité des cas, au niveau de l'unité de soins, puisque c'est là que l'impact de la dotation en personnel est le plus direct.^{58,66,94}

Même si les recherches passées ont prouvé l'acuité croissante des besoins des patients, la réponse à y apporter par une utilisation adéquate des ressources infirmières doit être mieux étudiée. L'acuité et la complexité des besoins doivent être prises en compte dans l'élaboration des futurs modèles de dotation en personnel infirmier.¹¹⁴

1.6.4 Modèles ou approches en soins infirmiers

Les conceptions de la discipline infirmière permettent d'exprimer différentes visions en regard du soin, de la personne, de la santé et de l'environnement. Ces conceptions sont inspirées de la pratique. En effet, la diversité des situations de soins, l'évolution des connaissances et des technologies ainsi que la diversité des contextes cliniques affinent les modèles théoriques, conceptuels et pratiques de délivrance des soins infirmiers.

Les modèles de délivrance des soins se centrent sur la structure, les processus et/ou les résultats. Certains d'entre eux ont été développés selon une approche par tâche, selon laquelle les tâches liées aux soins ont été définis, listés et catégorisés selon le niveau de compétence requis pour accomplir ces tâches (ex. RN ou LPN). Des modèles plus récents ont émergé selon une approche psychologique, centrée sur la satisfaction des patients à l'égard des soins infirmiers et la satisfaction au travail des infirmières.¹¹⁵ Le but poursuivi par chacun de ces modèles est de délivrer des soins de qualité, de manière efficiente et efficace. Peu d'études ont documenté l'impact des modes de délivrance des soins, la littérature sur le sujet n'étant pas basée sur des preuves empiriques mais davantage sur des rapports anecdotiques. De plus, les études empiriques présentent des résultats contradictoires.

1.6.4.1 Les soins en équipe infirmière (Team/Functional Nursing)

Le modèle des soins en équipe infirmière se concentre sur la dotation et l'éventail de qualifications au sein de l'équipe. Le modèle des soins en équipe est basé sur les prémisses de la collaboration et de la division des responsabilités dans les soins délivrés aux patients. Une équipe est composée de plusieurs catégories professionnelles, RNs, LVN/LPNs et UAPs, qui assument des rôles différents mais complémentaires pour assurer les tâches infirmières.¹¹⁵

Les tâches infirmières sont allouées aux membres de l'équipe en fonction du niveau d'expertise requis et des qualifications du personnel. Ainsi, l'infirmière diplômée agit à titre de chef d'équipe alors que LPNs et UAPs accomplissent les activités liées aux soins d'hygiène, d'alimentation et les autres tâches communes aux aides infirmières. Chaque équipe assume la responsabilité d'un groupe de patients pour un temps de travail donné. Le chef d'équipe coordonne les activités de l'équipe, délègue le travail et assure le tour de service avec les médecins. Ce modèle a été vivement critiqué pour être trop centré sur la tâche, augmentant la fragmentation des soins et réduisant la contribution des infirmières diplômées dans les soins directs. Toutefois, le modèle des soins en équipe peut préserver les coûts et les ressources humaines lorsque le ratio soignants/patients est très bas.¹¹⁵

1.6.4.2 Les soins infirmiers primaires (Primary Nursing)

Les soins infirmiers primaires ont fait leur apparition dans les années '70 comme alternative à l'équipe infirmière et ont été présentés comme un moyen d'amélioration de la qualité des soins aux patients et de l'accomplissement professionnel des infirmières. Les soins infirmiers primaires se centrent sur la continuité des soins, de l'admission à la sortie du patient. Une infirmière en soins primaires, généralement une infirmière diplômée, est responsable du même patient tout au long de son séjour à l'hôpital.¹¹⁵ Des aides infirmières peuvent assumer cette responsabilité lorsque l'infirmière est absente, alors que les UAPs ne sont généralement pas engagées et que des personnes non qualifiées ne délivrent pas de soins aux patients.⁸²

L'une des critiques énoncées à l'encontre de ce modèle est qu'il n'est ni coût-efficace ni efficient. Les infirmières, puisqu'elles constituent la majorité de l'équipe, sont amenées à accomplir à la fois des soins directs et des activités de soins plus indirectes. La qualité des soins n'est pas améliorée par la composition majoritaire de l'équipe en infirmières diplômées.¹¹⁶ L'étude de Shukla et Turner (1984)¹¹⁶ qui a comparé les deux modes de délivrance des soins conclut que l'unité fonctionnant avec les soins infirmiers primaires enregistrait plus d'omissions dans les soins liés aux régimes alimentaires, à la surveillance des effets aux traitements et dans les contacts avec les infirmières que l'unité qui fonctionnait selon le modèle des soins en équipe. Toutefois d'autres études¹¹⁵ mentionnent des résultats plus favorables pour les soins infirmiers primaires que pour le modèle des soins en équipe. En raison de limites méthodologiques, la généralisabilité de ces études est compromise. L'étude de Thomas et al. (1996)¹¹⁷ ne relève aucune différence entre les deux modèles de délivrance des soins en termes de satisfaction des patients à l'égard des soins infirmiers ni de capacité du patient à identifier l'infirmière qui le prend en charge. Ces résultats sont confortés par l'étude de Kangas et al (1999)¹¹⁸ qui, de plus, ne relève aucune différence de satisfaction des infirmières en faveur de l'un ou de l'autre modèle.

1.6.4.3 *Les soins infirmiers centrés sur le patient (Patient-focused Care)*

Ce modèle implique l'utilisation de travailleurs avec des compétences multiples et une approche d'équipe. Ses 4 principes fondateurs, simplifier les processus, grouper les populations de patients similaires, rapprocher les services des patients et élargir les compétences de l'équipe par une formation croisée des professionnels, visent à accroître la qualité des soins, à créer un environnement de travail qui attire et maintient le personnel en place, et à accroître l'efficacité des soins tout en réduisant les coûts.¹¹⁹ Ce modèle reconnaît explicitement le rôle critique des services de support (pharmacie, lingerie, transport des patients) dans l'allocation du temps infirmier dévolu aux patients.¹²⁰ Le modèle des soins infirmiers centrés sur le patient utilise les infirmières diplômées à titre de gestionnaire des soins et les UAPs dans des rôles élargis incluant prises de sang, réalisation des électrocardiogrammes et autres activités d'évaluation de l'état des patients.⁸²

Une évaluation de ce modèle obtient des résultats positifs en termes de satisfaction accrue des infirmières, des médecins et des patients en comparaison avec les modèles précédents. Le temps d'admission a diminué significativement d'une moyenne de 448 minutes à une moyenne de 23 minutes; le nombre d'heures de soins par patient et par jour est passé de 8.6 à 15.1.¹²¹

L'étude de Seago (1999) a évalué l'implantation d'un tel modèle et conclut à une diminution significative des erreurs de médication, mais ne relève aucune incidence sur les chutes, les escarres ou la satisfaction des patients. Toutefois, cette étude relève une plus grande insatisfaction des RNs, LVN/LPNs, et des UAPs, et un sentiment de perte de collaboration exprimé par les médecins.¹²²

1.6.4.4 *La pratique infirmière différenciée*

La pratique infirmière différenciée est une philosophie qui se focalise sur la division du travail requis pour rencontrer les besoins des patients, la valeur de la formation complémentaire et de l'expérience clinique, la collaboration nécessaire pour maximiser l'efficacité et la rétribution proportionnelle au niveau de formation et à la performance.¹²³ Les buts poursuivis par la pratique infirmière différenciée incluent : (1) la correspondance optimale entre besoins des patients et compétences des infirmières ; (2) l'utilisation efficace et efficiente des ressources limitées en personnel infirmier ; (3) la compensation équitable ; (4) la satisfaction professionnelle accrue des infirmières.

Trop peu de recherches ont été conduites sur la valeur ajoutée d'un modèle par rapport à un autre ; il est donc difficile de plaider en faveur d'un modèle particulier. Se contenter de réarranger les nombres, les types, les rôles et les lieux de pratique des dispensateurs de soins ne produit pas les meilleurs résultats en termes de résultats pour les patients et pour les équipes.¹²⁴

La recherche qui s'est intéressée à d'autres variables structurelles, telles que la structure de gouvernance et la culture de l'unité et de l'hôpital, nourrit davantage la réflexion sur la façon d'organiser de façon optimale les soins infirmiers.

1.6.5 Facteurs organisationnels ou liés au système de soins

La notion d'hôpitaux « à effet d'attraction » ou Magnet Hospitals (label décerné aux hôpitaux américains capables d'attirer et de maintenir en poste leur personnel infirmier¹²⁵) permet d'apporter des précisions sur ce qui constitue un environnement de travail de haute qualité.¹²⁶

Les études américaines^{127,128,66,129,125} soulignent les caractéristiques organisationnelles qui contribuent à créer des milieux de travail sains : relations professionnelles de qualité avec les collègues et les supérieurs ; niveau de dotation approprié, temps disponible pour planifier et exécuter les tâches ; gestion participative ; possibilités de perfectionnement et d'utilisation des compétences ; et excellent leadership. Ce qu'il faut retenir de ces études c'est que le "magnétisme" semble lié à certains indicateurs statistiques positifs, notamment le haut ratio infirmières – patients permettant des soins globaux et sécuritaires, le faible taux d'absentéisme et de rotation du personnel, sans oublier l'amélioration de la qualité des soins prodigués. On veille à la prédominance de personnel infirmier par rapport au personnel auxiliaire, de soutien et de support logistique.¹³⁰ D'une part, une plus grande proportion d'infirmières ayant un niveau de qualification supérieure est observé en comparaison avec les autres hôpitaux américains.^{131, 132, 133} Le recours aux infirmières intérimaires est évité à tout prix afin de préserver des équipes de soins stables et de créer un sentiment d'appartenance. Les besoins ponctuels en infirmières sont comblés par une équipe mobile. L'équipe mobile est uniforme, d'organisation valorisée au sein de l'institution et non pas une structure d'éviction de personnes jugées peu compétentes. D'autre part, la pratique infirmière assure le maintien d'une relation thérapeutique avec le patient grâce au choix du mode de délivrance des soins selon les ressources et les besoins du patient.

La qualité des soins et la satisfaction du personnel sont imputables à l'application constante d'un ensemble de mesures de gestion des ressources humaines en phase avec les priorités organisationnelles de l'établissement.⁸⁰ Toutefois, il reste fort à faire pour comprendre dans quelle mesure et par quels mécanismes, sur lesquels les professionnels puissent avoir prise, la qualité des soins dépend de l'organisation interne de l'hôpital et des processus de prise en charge des personnes soignées.

Messages clés

- **Des données probantes rapportent une association positive entre :**
 - **niveau de formation élevé des infirmières (baccalauréat),**
 - **expérience des infirmières dans la profession et dans un service donné,**
 - **et résultats positifs chez les patients (diminution de l'incidence de la mortalité et des événements adverses) ;**
- **Il n'y a pas de données probantes permettant de déterminer les seuils précis d'infirmières diplômées requis, le nombre idéal d'heures de services infirmiers par jour-patient ou l'éventail des compétences infirmières en fonction de diverses populations de patients ou de divers types de services infirmiers ;**
- **Les compétences attendues du personnel infirmier doivent évoluer en parallèle avec les besoins des patients en soins infirmiers ;**
- **Peu de recherches ont été conduites sur la valeur ajoutée des modèles de délivrance de soins qui font appel (ou non) à un partenariat entre infirmières et auxiliaires ;**
- **Les Magnet Hospitals américains concentrent les ingrédients d'un environnement de travail favorable, dont un haut ratio infirmières/patients et un recrutement plus important de personnel qualifié que de personnel auxiliaire.**

1.7 CONDITIONS DE REUSSITE DE L'IMPLEMENTATION D'UNE MODIFICATION DE LA DOTATION OU DE L'EVENTAIL DES QUALIFICATIONS

Plusieurs facteurs conditionnent la réussite de l'implémentation d'une modification de l'éventail des qualifications.¹⁴

1.7.1 Le processus de mise en place d'une modification de l'éventail des qualifications

Avant d'entreprendre un projet de modification de la dotation de l'équipe ou de l'éventail des qualifications, le management doit disposer de données objectives à propos :

- des tâches et activités réalisées par chaque groupe professionnel | 34
- du caractère récurrent de certaines tâches | 34
- de la complexité des tâches | 34, | 35
- des temps de soins et activités infirmières⁹⁷
- du profil des bénéficiaires | 36
- du degré de spécialisation du service concerné | 08, | 37.

Ces informations permettront d'identifier le profil de compétences requis pour prêter chacune des activités.¹³⁵ Circonscrire chaque fonction est indispensable,¹³⁸ de même que créer une certaine distance entre les différentes fonctions afin d'éviter les ambiguïtés de rôle.¹³⁹

Le projet ne sera implémenté que s'il est évident que la nouvelle fonction ou le nouveau partage de tâches représente une amélioration potentielle pour l'organisation et pour la qualité des soins. En effet, la plus-value attendue d'un changement doit toujours être communiquée pour obtenir l'adhésion des acteurs concernés.

1.7.2 La description des tâches et la clarification des rôles

La plupart des infirmières ne savent pas quelles tâches peuvent être déléguées aux personnes moins qualifiées.¹³⁸ Il s'ensuit que certaines infirmières assument elles-mêmes de nombreuses tâches qui ne requièrent pas leur niveau de formation et qu'elles pourraient déléguer de façon sécuritaire à des aides infirmières^{103,104} ou qu'elles délèguent des tâches qui dépassent le créneau de compétences des personnes non qualifiées. Dans cette perspective, il s'agit davantage d'alléger la charge de travail des infirmières des tâches logistiques et administratives que de remplacer celles-ci par du personnel non qualifié.

La clarification des rôles est cruciale afin que chaque acteur puisse identifier son champ d'action et celui de ses collègues et doit être entérinée par une description de fonction.^{14,140} Si les différentes fonctions sont mal différenciées, le risque de chevauchement de tâches, activités et responsabilités entre les différents professionnels est important, entraînant insatisfaction et résistance au changement.

1.7.3 La formation

La formation est décrite dans la littérature comme une condition sine qua non pour entreprendre avec succès une modification de l'éventail des qualifications. D'une part, pour le personnel auquel de nouvelles tâches sont confiées, les compétences permettant d'effectuer ces actes doivent être acquises lors d'une formation bien ciblée. D'autre part, pour le personnel qui doit déléguer des tâches, il y a lieu d'acquérir des compétences en termes de délégation, de supervision et d'encadrement.¹⁴¹

1.7.4 La culture organisationnelle

L'importance de la culture organisationnelle sur la re-conception du travail ne doit être ni ignorée ni sous-estimée. Le succès de l'implémentation de nouvelles initiatives ou de nouveaux modèles de soins dépend de l'identification et de la prise en compte des dimensions culturelles de la force de travail.

Huq et Martin (2000)¹⁴² suggèrent que la culture dominante de l'hôpital dicte les comportements qui sont acceptables, établit la façon dont les problèmes sont traités, spécifie comment les relations sont définies et acceptées et détermine comment le travail doit être fait.

Le projet aura davantage de chances de réussir, si les facteurs suivants sont présents :¹⁴³

- l'attention portée à la « culture de l'égalité »,
- l'ancrage de la différenciation dans la gestion stratégique de l'institution,
- la formation et l'information de tous les collaborateurs,
- l'encadrement et le soutien du projet tout au long de son déroulement,
- l'implication des collaborateurs,
- une communication de qualité.

Les acteurs de soins s'opposeront aux changements s'ils les perçoivent comme une menace pour la sécurité de leur emploi, de leur estime personnelle ou de leur autonomie. L'implication active des acteurs de première ligne dans les tentatives de changement et d'amélioration de la délivrance des soins aura plus de chance de déboucher favorablement sur les résultats souhaités.⁴⁹ Impliquer les infirmières en les incitant à une réflexion critique sur des questions telles que la qualité des soins, leurs tâches et leurs propres compétences a pour résultat un intérêt actif et engagé dans les départements infirmiers.⁵³ De plus, obtenir l'adhésion et le support des médecins dans le processus de changement augmente les chances de succès de toute re-conception d'un modèle de soins.¹¹⁵

L'évaluation du succès ou de l'échec de l'implémentation d'un tel projet doit être réalisée, portant sur les effets obtenus au niveau de la qualité des soins et de l'organisation du travail.

Messages clés

- **La réussite de l'implémentation d'une modification de la dotation ou de l'éventail des qualifications dépend :**
- **De l'analyse approfondie des situations de soins pour définir les profils de compétences requis ;**
- **De la description des fonctions, de la définition des rôles et des compétences de chacun ;**
- **De la formation adéquate des infirmières (à la délégation) et des auxiliaires (en vue d'assumer efficacement les nouveaux rôles qui leur seront assignés) ;**
- **De la prise en considération de la culture organisationnelle dominante en vue d'impliquer les professionnels concernés dans le processus de modification (et non de les confronter aux résultats de la prise de décision).**

I.8

POSITION DES ASSOCIATIONS PROFESSIONNELLES A L'EGARD DU TRANSFERT DE TACHES

Lors du premier «Forum international des ressources humaines pour la santé» (Kampala, Ouganda), les six organisations représentatives de plus de 25 millions de professionnels de la santé (Conseil international des infirmières, Fédération internationale pharmaceutique, Fédération dentaire mondiale, Association médicale mondiale, Confédération internationale des sages femmes et Confédération mondiale de la physiothérapie) ont déclaré comprendre la nécessité de remédier à la crise des ressources humaines pour la santé. Elles ont néanmoins fait état de leur préoccupation face à l'introduction désordonnée de nouvelles catégories de personnel soignant, qui risque de déstabiliser et de perturber les services, avec des conséquences négatives pour les soins aux patients.

En février 2008, ces associations ont édicté 12 principes directeurs du transfert de tâches, pratique qui consiste à affecter de nouveaux travailleurs de soins de santé à des services normalement prodigués par des professionnels². Dans leurs nouveaux principes, ces organisations demandent que les décisions relatives aux mélanges de compétences soient prises au niveau national. Elles réclament en outre l'introduction de structures de carrière basées sur les compétences et la mise à disposition d'effectifs de professionnels de la santé suffisants pour assurer la supervision et la formation des nouvelles catégories de personnel soignant.

Selon ces associations, le succès des transferts de tâches et du renforcement de la force de travail pour la santé dépend de l'intégration du personnel auxiliaire au sein de l'équipe soignante. De manière plus importante, il faut instaurer des environnements de travail sûrs et dotés des moyens nécessaires, ainsi que garantir des salaires et avantages sociaux suffisants pour tout le personnel de santé.

Bien géré, le transfert de tâches peut permettre de soigner davantage de patients. Mais il nécessite au préalable la création d'une structure d'orientation vers les services spécialisés, couplée à la disponibilité des effectifs indispensables de professionnels de la santé qualifiés. En outre, des investissements conséquents seront nécessaires dans la formation et les services.

² site consulté le 09 avril 2008 ; http://www.icn.ch/Statement_12_principlesf.pdf

2 DISCUSSION

Le partage de compétences entre infirmières (RNs et LPNs) et infirmières et aides (RNs, LPNs et UAPs) a été envisagé principalement dans un contexte de pénurie infirmière rencontré aux Etats-Unis et au Canada dans le courant des années '90. La nécessité de faire appel à du personnel moins qualifié a été justifiée par des changements structurels introduits dans l'organisation et le financement des hôpitaux les conduisant à examiner de nouveaux modèles de soins.¹⁴⁴ Un tel partenariat a été instauré en vue d'assurer principalement une réduction des coûts du personnel^{144,103, 145,146} et secondairement de délivrer des soins de meilleure qualité, d'obtenir un gain de temps infirmier à consacrer à la surveillance et à l'éducation des patients, et d'accroître la satisfaction des patients.^{146,147}

Si au départ, un tel partage consistait à compléter et supporter les soins donnés par les infirmières, une évolution rapide s'en est suivie. Ce personnel participe dorénavant de plus en plus directement à la délivrance de soins aux patients, ce qui peut engendrer conflits et ambiguïtés de rôle liés à des différences de plus en plus ténues en termes de qualifications, d'expertise et de champs de pratique.⁸⁹ Toutefois, dans les situations où une délimitation claire des rôles de chacun a été prévue et légitimée, une telle assistance a permis aux infirmières de se consacrer à la réalisation de tâches qui requièrent leur niveau de formation, et de délaissier les tâches d'intendance et de logistique,^{96,95} ce qui a contribué à alléger leur charge de travail.⁹⁷

Les études de terrain soulignent toutefois que certaines infirmières s'opposent à l'idée d'une telle collaboration, craignant que la participation d'aides inexpérimentées empêche la réalisation de soins sécuritaires pour des patients dont l'état de santé critique nécessite des prises en charge complexes.¹⁰² Ces infirmières estiment que l'instauration de tels partenariats augmente davantage leur charge de travail puisqu'elles doivent consacrer plus de temps à la communication, à la supervision et à la gestion de conflits. Une prémisses essentielle à une collaboration efficace est de s'assurer que ce personnel est suffisamment formé et assez expérimenté pour les tâches qui lui sont dévolues.¹⁴¹ En découle la nécessité de former adéquatement les professionnels aux nouvelles compétences qui leur incombent, compétences techniques et de soins pour le personnel auxiliaire mais aussi compétences de délégation et de supervision dans le chef des infirmières.

Sur base de la littérature étudiée ici, tant la substitution médecins/infirmières que la délégation de certaines tâches accomplies par les infirmières à des professionnels moins qualifiés semblent envisageables, dans des contextes organisationnels restreints, pour un éventail de compétences bien défini et dans les limites d'un encadrement professionnel adapté. En termes de qualité des soins, les études retenues par notre stratégie de recherche ne remettent pas en cause la qualité des soins obtenues par la substitution médecins / infirmières dans les soins de santé primaires ou pour la réalisation de techniques spécifiques d'investigation diagnostique, telles que l'endoscopie. Les résultats des études relatives au partage des tâches entre infirmières et auxiliaires moins qualifiés sont plus mitigés. Des données probantes obtenues lors d'études de très bonne qualité et conduites à large échelle supportent l'association négative entre taille et richesse de la dotation infirmière et survenue d'événements adverses tels que mortalité, chutes, infections nosocomiales, escarres, erreurs de médication, ou échecs de réanimation des patients. Sur le plan de l'efficacité, la substitution d'infirmières par du personnel moins qualifié ne permet pas une diminution des coûts hospitaliers. Au contraire, la prévalence plus élevée d'événements adverses induit une augmentation de la durée de séjour et du coût des traitements, engendrant un accroissement global des coûts liés à l'hospitalisation.

La recherche n'offre aucune orientation au sujet de l'éventail de compétences le plus efficace pour assurer la prestation des meilleurs soins possibles. Cette remarque implique qu'il vaudrait mieux inverser l'analyse et partir des besoins spécifiques des patients hospitalisés par service et du niveau de qualité des soins souhaité pour déterminer les compétences requises du personnel de santé.

Prescrire en détail une composition théorique de compétences, qui soit universellement applicable, relève donc de l'utopie.

Puisque l'éventail des compétences est un déterminant du contexte organisationnel et du système de soins, sa révision et son ajustement nécessitent l'analyse préalable du contexte (institutionnel, légal et du système de santé au sens large), la recherche de solutions adaptées et la gestion du changement au sein du système.¹⁴⁸

La recherche n'apporte pas non plus de précision au sujet de la nature des tâches qui peuvent être déléguées. Les infirmières elles-mêmes expriment et soutiennent ce paradoxe. D'une part, soucieuses de délivrer des soins de haute qualité, elles craignent la délégation de tâches à du personnel moins qualifié qui ne disposerait pas des mêmes compétences qu'elles ; cette crainte s'associe à celle de perdre leur identité et leur reconnaissance professionnelle si les tâches qui relèvent de leur rôle propre peuvent aisément être déléguées à du personnel auxiliaire, moins coûteux sur le plan salarial. D'autre part, elles reconnaissent que la charge de travail croissante qui leur incombe liée à la difficulté pour les hôpitaux d'engager davantage de personnel infirmier qualifié (en raison des normes légales, des contraintes budgétaires et du manque d'infirmières sur le marché de l'emploi) contraint l'éventail des solutions acceptables. Parmi les solutions envisageables, la différenciation de fonctions peut présenter des avantages pour l'ensemble des professionnels concernés, tels qu'une hausse des compétences, une meilleure motivation, une utilisation plus rationnelle des qualifications et compétences respectives et un plus haut niveau de satisfaction au travail.

Comme la littérature le recommande, si un changement de la dotation infirmière se profile, ce changement doit s'accompagner d'une analyse contextuelle préalable, d'une communication claire, d'une préparation des équipes (incluant la délimitation claire des rôles) et d'une évaluation de son impact, en termes d'efficacité et d'efficience, sur la qualité des soins, sur l'organisation hospitalière et sur les professionnels concernés.

Chapitre 3 : Comparaison Internationale

I INTRODUCTION

Si le rapport de l'OMS (1997) souligne la place fondamentale occupée par les infirmiers dans le système de soins et ce, dans tous les pays d'Europe⁽¹⁾, les profils de formation et de fonction varient néanmoins d'un pays à l'autre.

Dans ce chapitre, les différents niveaux de formation rencontrés et les fonctions officielles assurées par les infirmières sont présentés pour les pays suivants : Belgique, France, Pays-Bas, Royaume-Uni et la province du Québec au Canada.

L'objectif de cette comparaison internationale vise à cerner l'organisation de la formation et de la profession dans ces différents pays.

2 ORGANISATION DE LA PROFESSION ET DE LA FORMATION

Il existe une grande disparité parmi les pays étudiés en termes d'organisation de la profession infirmière et de l'accès aux études. Chaque pays a défini sur un plan légal des critères de formation, des critères d'exercice et un champ d'activité. Le niveau de précision de ce cadre légal varie d'un pays à l'autre.

2.1 EN TERMES DE FORMATION

En France, l'accès à la formation est conditionné par la réussite d'un concours pour tous les niveaux de formation (infirmière, spécialisation, professionnel auxiliaire). Les autres pays étudiés n'ont pas organisé ce type de sélection à l'entrée de la formation. De plus, la France conditionne l'accès à certaines spécialités par une expérience professionnelle des diplômés (réanimation et bloc opératoire) ou un concours (puériculture). Ceci permet de sélectionner les candidats les plus compétents mais aussi de construire la spécialité sur une expérience clinique.

Accéder à la formation d'APN et de NP aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et au Québec nécessite aussi une expérience professionnelle antérieure ou en parallèle et des titres requis.

Les Pays-Bas et le Québec organisent, au niveau de l'enseignement supérieur non-universitaire, la formation qui permet l'accès à la profession infirmière. Seules quelques spécialisations ou fonctions spécifiques sont enseignées au niveau universitaire.

Au Royaume-Uni, toute formation est organisée au niveau universitaire ; à l'inverse, en France, toute formation est organisée dans des instituts de formation de niveau supérieur non universitaire.

Il n'y a qu'en Belgique que la formation permettant l'accès à la profession infirmière est organisée sur plusieurs niveaux incluant le niveau secondaire supérieur. La formation organisée dans l'enseignement secondaire supérieur (permettant l'accès au titre d'infirmière hospitalière) se différencie principalement de celle organisée dans l'enseignement supérieur (permettant l'accès au titre de bachelière en soins infirmiers) par des critères d'accessibilité aux études moins exigeants ; des contenus de programmes moins importants ; l'accessibilité limitée à six qualifications particulières, (voir annexe Chapitre 3 comparaison internationale 2.3.1.1) ; l'importance du nombre d'heures consacrées à la pratique par rapport à l'enseignement théorique ; une formation théorique et pédagogique moins axée que dans l'enseignement supérieur vers la conceptualisation, l'abstraction, l'esprit de recherche, d'analyse et de synthèse.

Les bachelières en soins infirmiers ont accès à un nombre supérieur de spécialisations (pédiatrie ; santé mentale et psychiatrie ; santé communautaire ; soins intensifs et aide médicale urgente ; imagerie médicale et radiothérapie ; salle d'opération ; oncologie ; anesthésie ; gériatrie et psycho-gériatrie ; psychomotricité et réadaptation) et à l'université pour accéder aux niveaux de maîtrise et de doctorat.

Comme le présente le Tableau 3.1, le niveau de formation au titre de 'praticien de l'art infirmier' diffère d'un pays à l'autre mais aussi au sein d'un même pays (par exemple, en Belgique). Ceci peut induire une confusion de rôle entre les différents professionnels qui sont tous Praticiens de l'Art Infirmier mais avec des niveaux de formation et des profils de compétences différents.

Compte tenu de l'élargissement du champ de compétences conférées au Praticien de l'Art Infirmier et des responsabilités inhérentes, la création de certaines formations de niveau universitaire semble devenir une priorité. De plus, l'accès au titre de PAI devrait en Belgique être mieux uniformisé et les différents profils de fonctions mieux détaillés.

En termes de curriculum, les infirmières ont différentes possibilités de spécialisation:

1. soit par l'acquisition de qualifications spécifiques (en Belgique avec par exemple, diabète, évaluation et traitement de la douleur, soins de plaies ; au Royaume-Uni avec la possibilité d'acquérir le droit de prescription) ;
2. soit par l'acquisition de compétences professionnelles supplémentaires dans un domaine spécifique (soins intensifs, oncologie, pédiatrie) dans tous les pays étudiés ;
3. soit par l'acquisition de compétences managériales pour assumer des fonctions de gestion dans tous les pays étudiés ;
4. soit par l'acquisition de compétences à la fois professionnelles et managériales (il s'agit du cas précis des Advanced Nurse Practitioners et des Nurse Practitioners, formations organisées aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et au Québec).

Tableau 3.1 Synthèse des niveaux de formation des PAI et soignants en fonction des pays

Niveau formation		Secondaire supérieur professionnel			Supérieur non universitaire		Universitaire			Condition d'accès
	Aide logistique	Aide infirmière non qualifiée	Aide infirmière qualifiée	Infirmière	Infirmière	Infirmière spécialisée	Infirmière universitaire	APN	NP	
B Fr	Formation secondaire	Aide soignante	Aide soignante depuis 2006 ASH	Infirmière hospitalière 3 ans	Bachelier SI 3 ans + 6 qualif.prof.	Infirmière spécialisée + 1 an 11 spécialités	Master en science santé publique (+ 3 ans)	non	non	Titre requis
B VI	Formation secondaire	non	Aide soignante depuis 2006	Infirmière hospitalière 3 ans	Bachelier SI 3 ans	BaNaBa (1 an) : 11 spécialités	Master soins infirmiers (+ 2 ans)	**	**	Titre requis
F	Pas formation	Agent de service hospitalier	Auxiliaire en puériculture Aide soignant (10 mois)	non	IDE 3 ans	IDE bloc 1.5 ans puéricultrice, 1 an anesthésiste 2ans	non	non	non	Titre requis + concours +/- expérience professionnelle
Qc Ca	*	*	PAB – aide soignant, aide infirmière (10 mois)	Infirmier auxiliaire (2 ans)	Infirmier collègue (DEC) 3 ans		Baccalauréat 5 ans Maîtrise 5 + 2 ans	oui	oui	Titres requis
UK	Logistic assistant	Health care support workers	Auxiliary nurse Nurse assistant	non	non	non	Associate degree nursing (2ans 4options) Bachelors nursing (3ans) High education nursing (4ans)	Oui	Oui + 2 ans 4 options	Titre requis
NL	*	Zorghulp (1an)	Helpende (MBO I à 2 ans)	Verzorgende (MBO 3ans)	Prestataire art infirmier (MBO 4ans)	Maîtrise infirmière professionnelle (HBO)	Prestataire art infirmier (HBO 4 ans)	Oui	Oui	Titre requis

B Fr : Communauté française de Belgique ; B VI : "Vlaamse gemeenschap" en Belgique ; F : France ; Qc Ca : Province du Québec au Canada ; UK : Royaume- Uni ; NL : Pays-Bas. BaNaBa : bachelor na bachelor

* information non trouvée ** actuellement en développement

Tableau construit par les auteurs

Messages clés

- En Belgique l'accès au titre de Praticien de l'Art Infirmier (PAI) est possible via deux filières de formation : l'enseignement secondaire professionnel de quatrième degré et le niveau supérieur non universitaire ;
- Rien ne distingue ces deux profils de formations de PAI au chevet du patient en Belgique;
- Au niveau international, on observe une distinction plus franche de l'activité des infirmières en fonction de leur niveau de formation ;
- Il n'existe pas de fonction d'aide infirmière en Belgique comme c'est le cas, entre autres, au Québec et au Royaume-Uni ;
- Des formations spécifiques d'infirmière en pratique avancée n'existent pas en Belgique tandis que cette formation existe au Québec, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas.

2.2

EN TERMES D'ORGANISATION PROFESSIONNELLE

En France, au Québec et au Royaume-Uni, la formation et la profession sont fortement conditionnées par la centralisation du système de santé. Néanmoins, la profession s'y est aussi organisée et est représentée par un organe légitime et influent tel que l'**ordre professionnel**. L'ordre professionnel a aussi la possibilité d'exercer un contrôle sur la profession indépendamment des juridictions classiques. L'ordre professionnel permet d'une part, un positionnement stratégique de la profession dans le système de santé et ce, au-delà de clivages générés par les diverses associations professionnelles (clivage politique, en fonction de la spécialité, du champ d'exercice, ...), et d'autre part un contrôle par les pairs au sein de la profession. L'exemple pourrait être retenu pour le contexte belge.

Dans tous les pays, un **cadre légal** régit la formation mais aussi l'exercice. Néanmoins, certains pays ont conditionné l'accès à l'exercice à l'inscription à l'ordre professionnel (Québec), à la réussite d'un concours (France), à l'enregistrement auprès de système de santé (NHS au Royaume-Uni). En Belgique, hormis le titre requis et le visa administratif, aucune autre condition n'est posée pour exercer en tant que praticien de l'art infirmier (Tableau 3.2)

Tableau 3.2 Organisation professionnelle

	Cadre légal formation	Cadre légal exercice	Liste actes	Liste de compétences	Ordre Professionnel	Condition accès à l'exercice	Passerelle moyennant complément de formation
B Fr	Oui	Oui	Infirmière hospitalière Bac en SI		Non	Titre requis + visa administratif	Inf hosp à bac SI
B VI	Oui	Oui	Infirmière hospitalière Bac en SI	oui	Non	Titre requis + visa administratif	Inf hosp à bac SI ASH à inf hosp
F	Oui	Oui	IDE	en cours	Oui depuis 2007	Titre requis	non
Qc Ca	Oui	Oui	* 14 activités réservées aux inf. * 5 activités réservées aux IPS		OIIQ	Titre requis + Inscription à ordre	*de inf. auxiliaire à inf. DEC *de inf. DEC à inf. BAC *de inf. BAC à la maîtrise en sc. infirmières
UK	Oui	Oui	non	oui	Oui	Titre requis + Enregistrement NMC	non
NL	Oui	Oui		Oui : liste par institution	?	Titre requis	

B Fr : communauté française de Belgique ; B VI : "Vlaamse gemeenschap" en Belgique ; F : France ; Qc Ca : Province du Québec au Canada ; UK : Royaume-Uni ; NL : Pays-Bas.

Tableau construit par les auteurs

La plupart des pays ont établi une **liste d'actes ou de compétences** pour l'exercice de l'art infirmier. Certains pays ont rédigé une liste d'actes pour différencier l'activité de 2 profils de Praticiens de l'Art Infirmier. Au Québec, les différents ordres professionnels (OIIQ, OIIAQ) ont rédigé une liste d'actes pour la profession qu'ils représentent de même, il existe des activités spécifiquement réservées aux Infirmières Praticiennes Spécialisées (IPS). Ceci a le mérite de clarifier les fonctions et d'éviter l'ambiguïté de rôles. L'exemple devrait être retenu pour le contexte belge.

En termes de **passerelles**, certains pays favorisent la promotion sociale en organisant —à l'attention des professionnels moins qualifiés— des passerelles vers des niveaux plus qualifiés. Ainsi, en France, il existe une possibilité de passerelle entre les auxiliaires et aides soignantes, et la formation d'infirmière ou de puéricultrice (diplômées d'Etat). De même en Belgique, entre le brevet (secondaire supérieur) et le baccalauréat (supérieur non-universitaire). Si ceci constitue un progrès en termes de promotion sociale, il y a lieu d'être attentif à ce que les nouveaux professionnels abandonnent leurs anciens réflexes professionnels.

Messages clés

- **Il n'existe pas en Belgique d'ordre pour représenter la profession infirmière tel qu'en France, au Québec et au Royaume-Uni.**
- **L'ordre professionnel permet un positionnement stratégique de la profession infirmière dans le système de santé ainsi que d'assurer un contrôle par les pairs.**
- **Dans tous les pays étudiés, un cadre légal régit la formation et l'exercice de l'art infirmier. Le Québec, la France et le Royaume-Uni ont conditionné l'accès à l'exercice professionnel à un concours ou à une inscription au système de santé ou à un ordre professionnel**
- **Une liste d'actes correspondant aux différentes catégories professionnels permet de clarifier les fonctions**

2.3 DIFFERENCIATION DE FONCTIONS

Dans la littérature consultée, deux formes de différenciation sont présentées : la différenciation de fonctions horizontale et la différenciation de fonctions verticale. Selon la première forme, les tâches sont attribuées à des professionnels infirmiers de même niveau de qualification mais ayant des spécialisations différentes selon la réponse à apporter aux besoins des patients. Selon la deuxième forme, certaines tâches sont attribuées à des collaborateurs de faible qualification tandis que d'autres sont dévolues à des collaborateurs plus qualifiés.

En termes de différenciation de fonction, chaque pays a développé ses propres modalités. En France, la différenciation de fonction horizontale est assez marquée en fonction de la spécialisation de l'infirmière diplômée d'Etat : IDE, bloc opératoire, puéricultrice et anesthésiste. La différenciation de fonction verticale est également marquée par le nombre limité de niveaux de formation différents : on distingue les aides ou auxiliaires, les IDE (spécialisées ou non), les cadres de santé pour la gestion des unités de soins. Une structure simple a sans doute l'intérêt de lever toute ambiguïté de rôles mais implique un large champ d'activités et donc une grande polyvalence des IDE.

Au Québec, la différenciation verticale est plus élaborée qu'en France, en lien avec un nombre plus important de catégories professionnelles différentes, qui toutes bénéficient d'une formation de base. Il existe une fonction d'aide (PAB, aide soignant, ...) qui assure la logistique, le transport, les soins de la vie quotidienne (hygiène, repas, literie, ...); les infirmières auxiliaires peuvent exécuter des actes infirmiers simples (pansement, actes techniques, surveillance clinique, ...) sous la responsabilité et la surveillance de l'infirmière et en fonction du plan de soins établi par cette dernière. L'ordre professionnel insiste sur le fait qu'outre la formation, il faut être attentif aux compétences personnelles de l'infirmière auxiliaire. Il existe désormais un réel partage de certaines compétences et des activités entre les auxiliaires et les infirmières.

Le Québec, le Royaume Uni et les Pays-Bas offrent une différenciation de fonctions vers le haut par la présence de professionnels infirmiers hyper qualifiés, les infirmières en pratique avancée (APN et NP).

En Belgique, les modalités de différenciation horizontale sont bien développées puisqu'il existe un grand nombre de spécialisations et de qualifications professionnelles.

Sur le terrain, tout praticien de l'art infirmier (qu'il soit hospitalier, bachelier ou spécialisé) assume la même fonction, exécute les mêmes tâches malgré la différence de barèmes.(2)

S'il existe peu de distinction entre les deux niveaux de formation en termes de complexité des prestations techniques, en revanche, la différence entre les deux niveaux de formation se marque au niveau de la pensée critique et du jugement clinique.(2;3) Le législateur fait peu de distinction entre les infirmiers issus de formations différentes. Toutefois, si l'agrément des hôpitaux permet toujours l'accès des services aux infirmières bachelières et hospitalières, il exige un quota minimal d'infirmières spécialisées dans ces services spécialisés (soins intensifs, urgences, pédiatrie, ...).

La loi du 10 août 2001 a ajouté le métier d'aide soignante à la liste des personnels de la santé: «*On entend par aide soignante, une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmière, sous son contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmière dans une équipe structurée* ». Les aides soignantes bénéficient depuis 2006 d'un titre et d'une formation (encore très hétérogène d'un institut de formation à l'autre). Le cadre légal belge a de plus autorisé la délégation d'actes infirmiers aux aides-soignantes, dans la mesure où ces actes continuent à relever de la compétence et de la responsabilité de l'infirmière. L'aide-soignante doit travailler au sein d'une équipe structurée, permettant aux infirmières de contrôler les activités des aides-soignantes au sein de l'équipe; de garantir la continuité et la qualité des soins; d'organiser une concertation commune au sujet des patients, dans le cadre de laquelle elle a procédé à une évaluation, et le cas échéant à une adaptation, du plan de soin; d'instaurer une procédure de collaboration entre l'infirmière et l'aide-soignante; et de bénéficier d'une formation permanente. L'aide-soignante travaille sous le contrôle d'une infirmière et donc doit faire rapport, le jour même, à l'infirmière qui veille à ce que les soins, l'éducation à la santé et les activités logistiques qu'elle a délégués sont réalisés d'une manière correcte; la présence physique de l'infirmière lors de l'exercice des activités n'est pas requise mais celle-ci doit être disponible pour donner les informations et le support à l'aide-soignante. Ceci signifie que l'infirmière doit être présente dans l'établissement de manière à répondre à la demande de l'aide-soignante dans les plus brefs délais. Les seuls actes infirmiers que peuvent effectuer les aides-soignantes visent essentiellement les soins d'hygiène, l'information, l'accompagnement des patients et de leur famille sur le plan relationnel, la surveillance du patient et l'aide à la prise des médicaments.

La différenciation verticale descendante est aussi opérée envers les assistants logistiques, qui travaillent dans les unités de soins ou les services d'urgence pour soutenir l'activité infirmière, pour améliorer le confort des patients et pour réaliser des soins indirects aux patients, ainsi que des tâches administratives en vue de participer au fonctionnement de l'unité de soins sans toutefois pouvoir délivrer d'actes infirmiers.

Dans le cadre de la différenciation verticale ascendante, les fonctions qui se sont développées dans beaucoup d'hôpitaux belges sont celles des infirmières de référence (en soins de plaies, en transfusion, ...) et dans une moindre mesure, d'infirmières cliniciennes (ex. stomathérapeute). Notons aussi la création d'assistants radiologues qui effectuent un ensemble d'actes techniques dans les services d'imagerie médicale, aux côtés des infirmières bachelières ou spécialisées en imagerie médicale. Il s'agit de deux titres professionnels obtenus à partir de deux formations distinctes qui aboutissent à l'exercice du même métier.

À côté de ces fonctions, il y aurait une discussion quant à l'opportunité de créer la fonction de 'nurse practitioner' et celle de 'physician assistant' pour parer entre autres à la tension entre l'évolution de la démographie médicale et la demande en soins. La mission d'une 'nurse practitioner' consisterait à prodiguer des soins pour une catégorie spécifique de patients.

Les 'physician assistants' s'occuperaient essentiellement de l'aspect technique dans des services de radiothérapie, de dialyse, etc. Un assistant médical serait un professionnel possédant une expertise spécifique par rapport au médecin et qui maîtriserait tant la technique que la prestation de l'acte au chevet du patient.(2)

Messages clés

- **La différenciation de fonction verticale est plus ou moins développée en fonction du nombre des catégories professionnelles existantes ;**
- **Les fonctions d'infirmière en pratique avancée n'existent pas en Belgique alors qu'elles sont développées au Québec, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas ;**
- **En Belgique, il existe peu de différences sur le terrain entre les différents niveaux de Praticien de l'Art Infirmier (hospitalier, bachelier, bachelier spécialisé) ;**
- **Les aides soignantes bénéficient depuis 2006 d'un titre professionnel et d'une formation spécifique. La loi autorise la délégation d'actes infirmiers aux aides soignantes dans la mesure où ces actes continuent à relever de la compétence et de la responsabilité de l'infirmière.**

3 PERSPECTIVES DANS LE CONTEXTE BELGE

Le contexte belge se caractérise par différents niveaux de pouvoir intervenant sur la profession infirmière. Ainsi, la formation relève des Communautés et les filières de formation varient entre le nord et le sud du pays ; par contre, l'accès et l'exercice de la profession sont des compétences fédérales et sont identiques de part et d'autre de la frontière linguistique.

L'accès au titre de Praticien de l'Art Infirmier (PAI) est possible via deux filières de formation : l'enseignement secondaire professionnel de 4^o degré et le niveau supérieur non universitaire. Le niveau de formation est différent, chaque filière insistant sur certains types de compétences (la première sur les capacités psychomotrices, la seconde sur la réflexion et le jugement clinique) ; par contre, en pratique, rien ne distingue les PAI au chevet du patient. Seules les perspectives de formation complémentaire, de carrière professionnelle et les niveaux barémiques diffèrent entre les infirmières hospitalières et les bachelières en soins infirmiers. Au niveau international, on observe une distinction plus franche de l'activité des infirmières en fonction de leur niveau de formation ; en ce qui concerne les pays investigués, le niveau de formation des infirmières relève du niveau secondaire supérieur ou universitaire.

Il n'existe pas de fonction d'aide infirmière en Belgique comme c'est le cas au Québec (infirmière auxiliaire), ainsi qu'au Royaume-Uni (Auxiliary nurse, Nurse assistant).

Les fonctions d'infirmière en pratique avancée n'existent pas non plus dans la pratique, tandis qu'au Québec, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, ces fonctions sont assurées par des infirmières spécialement formées à l'université ou en école supérieure, comme c'est le cas aux Pays-Bas (HBO). Néanmoins, une formation permettant de répondre à ces critères de qualification est en développement en communauté flamande. En Communauté française (Université catholique de Louvain), la maîtrise en sciences de la santé publique comptera dès 2008 une option en sciences et clinique infirmières.

Chapitre 4: Méthodologie

I ETUDE EMPIRIQUE

I.1 INTRODUCTION

La partie empirique de notre recherche permettra de voir si de telles fonctions d'assistance ou de pratique avancée pourraient être envisagées en Belgique.

Une étude précédente sur la complexité des compétences infirmières a été conduite en Belgique en 2004.(5-7) Le premier objectif de cette étude était d'identifier les compétences infirmières nécessaires à l'administration de soins infirmiers de qualité en regard de la situation du patient. Le deuxième objectif était d'évaluer la complexité de ces compétences afin de classer ces compétences par degré de complexité pour chaque secteur de soins identifié et d'envisager les possibilités de différenciation de fonction. Cinq domaines de soins avaient été étudiés :

- hospitaliers généraux ;
- hospitaliers spécialisés ;
- personnes âgées (services hospitaliers, extrahospitaliers et domicile) ;
- psychiatrie ;
- soins à domicile.

Les résultats de cette étude montraient qu'il y avait une possibilité de différenciation de fonction dans le contexte belge sans toutefois préciser la nature des activités ou des compétences pouvant faire l'objet d'une différenciation ; exception faite des tâches administratives, les groupes de compétences se différenciaient peu les uns des autres. Mais les résultats de cette recherche avaient mis l'accent sur la nécessité de prévoir quatre profils de prestataires, dont la présence n'avait pas été quantifiée. Les profils de prestataires identifiés étaient :

- Prestataire de niveau 1. Prestataire sans formation spécifique en soins infirmiers, qui —à condition d'un discours simple— est capable de fournir une réponse adéquate à une situation.
- Prestataire de niveau 2. Prestataire de soins avec une formation en soins infirmiers.
- Prestataire de niveau 3. Prestataire avec une formation en soins infirmiers, qui peut analyser et interpréter une situation plus largement.
- Prestataire de niveau 4. Prestataire qui, en plus d'une formation en soins infirmiers, possède des connaissances scientifiques complémentaires enrichissant son expertise.

Cette conclusion n'était sous-tendue par aucune affirmation sur la façon d'acquérir ces compétences. Selon notre définition des différents niveaux de prestataires, ces résultats soulignent qu'un prestataire de niveau 2, c'est-à-dire ayant une formation en soins infirmiers est le niveau minimal requis pour la prise en charge de patients à domicile ou hospitalisés dans des services généraux ou spécialisés et pour la prise en charge des personnes âgées tant à l'hôpital qu'en institution de long séjour. Dès lors, la présence d'un prestataire de niveau 3 est indispensable en permanence surtout pour la prise en charge des situations difficiles et un prestataire de niveau 4 doit être consultable et disponible en permanence. Ainsi, des infirmières expérimentées et spécialisées sont indispensables dans tous les services et les tâches administratives peuvent être déléguées à des tiers moins qualifiés.

Toutefois, si l'étude permettait de conclure à la possibilité de prévoir quatre profils de fonction distincts pour une prise en charge de qualité des patients, la nature des activités ou le type de compétences opérationnelles n'était pas mis en évidence pour chaque type de prestataires.

Cette question est restée en suspens et l'objectif de la partie empirique de cette présente recherche est d'investiguer la possibilité d'une différenciation de fonction dans la profession infirmière et d'envisager le type d'activités associé à des compétences qui

pourraient faire l'objet d'une différenciation (élargissement, substitution, délégation et innovation).

L'étude de 2004 a permis de développer une méthodologie permettant d'identifier des compétences infirmières nécessaires en regard d'une situation de patient préalablement décrite. La complexité des compétences était ensuite évaluée d'une part à l'aide d'une échelle de la complexité globale, d'autre part à l'aide d'une autre échelle évaluant trois composantes de la complexité (cognitive, psychomotrice et psychoaffective). Cette approche méthodologique moyennant certaines adaptations est retenue pour la partie empirique de cette recherche.

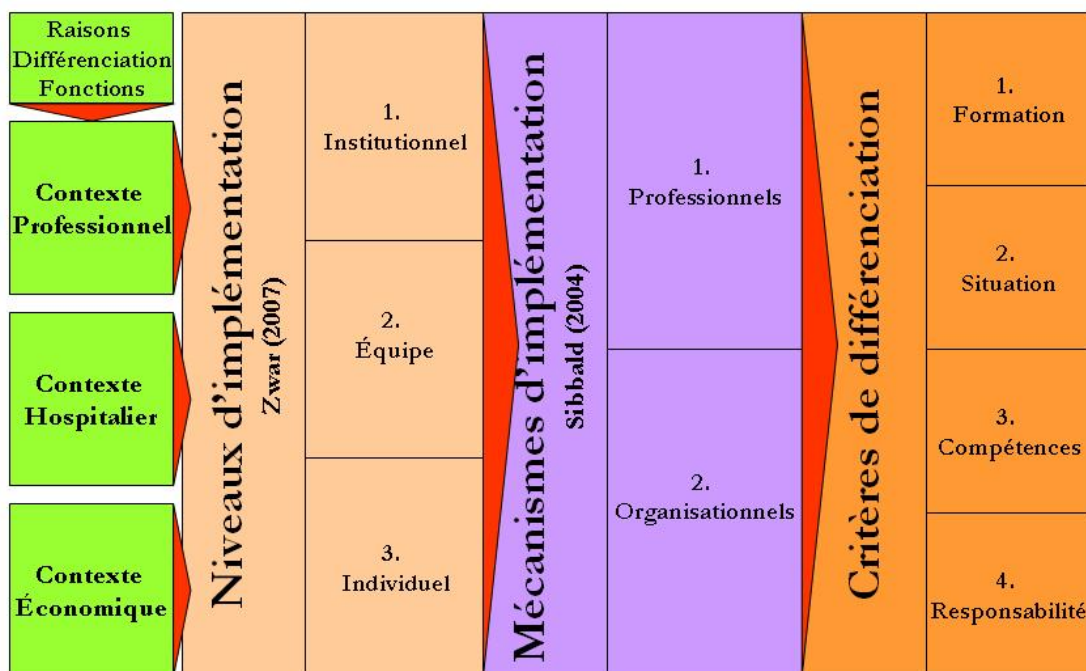
1.2 CADRE CONCEPTUEL ET DÉFINITIONS

Comme nous l'avons détaillé dans les chapitres précédents, plusieurs raisons peuvent inciter à envisager une différenciation de fonction. Celle-ci peut s'implémenter soit au niveau institutionnel (celui de l'hôpital par exemple), soit au niveau d'une équipe de soins, soit au niveau individuel.

Classiquement, la littérature distingue deux mécanismes. Le premier, au sein de la profession, opère par l'élargissement du champ de pratique, la délégation entre personnes au sein d'une même profession, la substitution entre professionnels de professions différentes ou encore l'innovation ; le second opère, au niveau de l'organisation, (1) par le transfert d'un type d'activité d'un secteur vers un autre en changeant de prestataires de soins ; (2) par une relocalisation (principe similaire au précédent mais le prestataire de soins suit parallèlement) ou (3) par la liaison (un prestataire spécialisé vient coacher ses pairs exerçant ailleurs).

Différents critères peuvent être pris en considération pour réaliser une différenciation : le niveau de formation, la situation à prendre en charge, les compétences ou encore les responsabilités endossées par le prestataire des soins. Conceptuellement, ces différents éléments sont intimement liés : une formation permet l'acquisition de compétences qui elles-mêmes vont induire des responsabilités (Figure 4.1).

Figure 4.1 Processus général conduisant à la différenciation de fonction



Zwar (8) et Sibbald (9)

La compétence est un concept difficile à définir. Classiquement, la compétence peut être analysée dans une perspective pédagogique ou socio-professionnelle; nous n'envisageons ici les compétences que dans cette dernière perspective.

Le Bortef (1997)(10) définit la compétence comme "la capacité spontanée d'intégrer, de mobiliser et de transférer un ensemble de ressources (connaissances, savoirs, aptitudes, raisonnements et attitudes) dans un contexte donné pour faire face aux différents problèmes rencontrés ou pour réaliser une tâche". Boss (1985) et Evans (1994) (in Ramritu et Barnard, 2001)(11) insistent tous deux sur une dimension holistique dans la définition de la compétence. Pour ces auteurs, il est fondamental de mettre l'accent sur la relation entre les habiletés psychomotrices (savoir-faire) et cognitives (savoir) d'une part et l'attitude (savoir-être) d'autre part. Par ailleurs, la notion de 'remise en contexte' est également prépondérante. De même, Pool (2001)(12) envisage les compétences professionnelles comme « la faculté et la volonté d'un individu de montrer un comportement efficace dans une situation de travail ». Cette définition peut être nuancée soit en mettant l'accent sur le comportement, soit en considérant conjointement les connaissances, aptitudes et attitudes(11). Marchal et Psiuk (2002)(13) poursuivent cette idée en précisant que « le professionnel a la capacité de prendre mesure du contexte, de s'y adapter et de mettre de la flexibilité ». Unanimentement, tous les auteurs s'accordent à dire que le contexte, en l'occurrence la situation de soins, doit impérativement être pris en considération pour apprécier les compétences. A défaut de définition opérationnelle, nous retiendrons comme définition de la compétence, la capacité d'intervenir adéquatement dans une situation donnée, sur base d'un ensemble cohérent de connaissances, attitudes et aptitudes. La dimension contextuelle devra donc être intégrée dans les aspects méthodologiques.

Messages clés

- **Les compétences seront envisagées dans une perspective socio-professionnelle ;**
- **Il est essentiel de mettre l'accent sur la relation entre les habiletés psychomotrices (savoir faire) et cognitives (savoir) d'une part et l'attitude (savoir être) d'autre part ;**
- **La situation de soins, doit impérativement être prise en considération pour apprécier les compétences ;**
- **La compétence est la capacité d'intervenir adéquatement dans une situation donnée, sur base d'un ensemble cohérent de connaissances, d'attitudes et d'aptitudes.**

I.3 OBJECTIF ET DESIGN DE L'ÉTUDE

I.3.1 Objectif

L'objectif de l'étude empirique est d'objectiver la possibilité d'une différenciation de fonction infirmière (verticale et horizontale) dans les services hospitaliers dans le contexte belge sur base des compétences requises dans le cadre de situations de soins bien définies.

Concrètement, il s'agit d'inventorier par spécialité, l'ensemble des compétences infirmières requises dans la pratique professionnelle en Belgique et de classer ces compétences par degré de complexité pour chaque spécialité identifiée. Il s'agit d'une démarche inductive c'est-à-dire qu'à partir d'une réalité de terrain, nous conceptualisons un profil de fonction par compétences.

I.3.2 Design

Le design de l'étude s'organise en **trois phases successives** :

- Phase 0. Rédaction de situations de soins par spécialité afin de sélectionner les situations de soins les plus représentatives de la réalité professionnelle.
- Phase 1. Inventaire des tâches infirmières à accomplir pour la prise en charge de chaque situation sélectionnée et inventaire des compétences infirmières nécessaires à l'exécution de ces tâches. Cette phase est assurée par des infirmières de terrain — que nous dénommons ci-après EXPERTS.
- Phase 2. Evaluation du degré de complexité des compétences en regard de la situation.

Une dernière phase (phase 3) portant sur l'évaluation de la complexité de la situation a été organisée afin de tester les limites méthodologiques de notre recherche (voir annexe Chapitre 4 Méthode 7.7).

Nous envisageons six services différents :

- Unités de soins intensifs
- Urgences
- Bloc opératoire
- Hémodialyse
- Gériatrie
- Chirurgie.

Cette proposition tient compte de la ventilation du personnel infirmier entre les index de lits : ces 6 services couvrent 57.7% des ETP des index hospitaliers aigus en Belgique (voir détails en Chapitre 4 Méthode 7.1). Cette proposition tient compte de la demande initiale d'étudier la possibilité de différenciation de fonction dans les services hospitaliers spécialisés (soins intensifs, urgences, bloc opératoire et hémodialyse) mais aussi généraux — nous avons choisi arbitrairement la gériatrie et la chirurgie.

Pour chaque domaine de soins déterminés, le même protocole de collecte des données est appliqué :

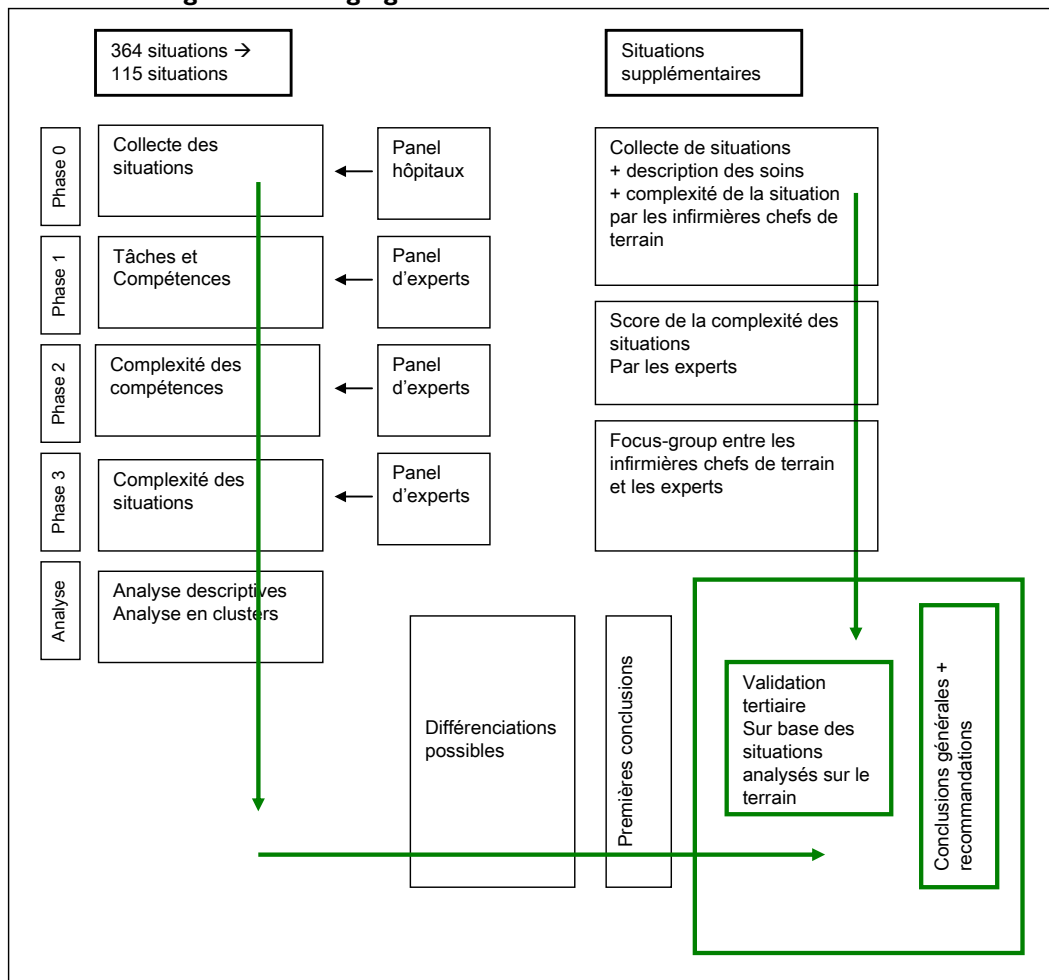
- (1) Rédaction, par des infirmières, de 115 situations-patients s'inspirant directement de la réalité de terrain ;
- (2) Sélection par un panel d'experts (infirmiers spécialisés) dans la spécialité, de 20 situations-patients caractérisant au mieux la réalité de terrain ;
- (3) Formulation, par les experts, de l'ensemble des soins à réaliser et des compétences infirmières requises en regard de chaque situation-patient ;
- (4) Estimation, par les experts, de la complexité des compétences infirmières à partir d'échelles d'évaluation prédéterminées ;
- (5) Identification de la complexité des situations à des fins méthodologiques.

Cette collecte des données servira de matériel pour identifier les critères à prendre en considération pour une différenciation de fonction.

Une interface web a été créée pour faciliter la collecte des données au cours de l'étude (<http://www.sesa.ucl.ac.be/nursing>).

Figure 4.2 détaille plus largement l'ensemble des phases.

Figure 4.2 Design général de l'étude



1.3.2.1 Précisions terminologiques

Compétence : capacité qu'un prestataire de soins doit posséder pour exécuter les soins ; une compétence comprend trois composantes.

Composante : aspect de la compétence ; trois composantes sont identifiées : composante cognitive (savoir), composante psychomotrice (savoir faire) et composante psychoaffective (savoir être).

Domaine : catégorisation des services sélectionnés en 3 domaines :

Domaine soins généraux reprenant les services de chirurgie et gériatrie

Domaine soins spécialisés reprenant les soins intensifs et les urgences

Domaine soins techniques reprenant l'hémodialyse et le bloc opératoire

Expert : infirmière ayant participé à l'étude pour décrire les tâches et compétences et évaluer la complexité des situations et des compétences.

Situation : description d'un cas clinique

Infirmière chef de terrain : infirmière chef ayant participé à l'étude pour la rédaction des situations.

Service : unité de soins ayant comme spécialité soit la chirurgie, la gériatrie, les soins intensifs, les urgences, l'hémodialyse ou le bloc opératoire.

Type de situation : les situations ont été classées a priori en 4 groupes mutuellement exclusifs : simples, courantes, urgentes et difficiles.

I.4 « PHASE 0 » DESCRIPTION DES SITUATIONS

I.4.1 Objectifs de la phase 0

L'objectif de la phase 0 est de récolter des situations permettant d'avoir une description complète des cas cliniques pris en charge par les infirmières pour chaque spécialité.

I.4.2 Déroutement de la phase 0

Au total, 60 hôpitaux belges ont été sélectionnés aléatoirement sur base d'une stratification en fonction des critères tels que statut, taille, régime linguistique, type (sélection détaillée en annexe Chapitre 4 Méthode 7.2.1). Parmi ces 60 hôpitaux, 30 ont participé effectivement à l'étude (Tableau 4.1). Les hôpitaux n'ayant pas accepté de participer ont évoqué comme arguments le souci de ne pas accroître la charge de travail du personnel ou l'absence de la direction pour prendre la décision de participation.

Tableau 4.1. Liste des hôpitaux ayant participé à la phase 0

Région	Type	Général				Univer- sitaire	Total
		Petit ≤200 lits	Moyen 201-450 lits	Grand 451-750 lits	Très grand >750 lits		
Bruxelles	Privé	1		1	1	1	4
	Public						
Flandre	Privé	2	7	2		1	12
	Public	1	2	1	1		5
Wallonie	Privé		2	2		1	5
	Public			1	2	1	4
Total		3	11	7	4	4	30

Les situations-patients sont rédigées par les infirmières chef des unités concernées et portent sur des cas cliniques rencontrés la semaine précédant la demande de rédaction. Les données devant figurer dans la description des situations sont détaillées en annexe Chapitre 4 Méthode 7.2.2).

I.4.2.1 Définition du type de situations

Afin d'avoir tous les cas de figure des situations cliniques, quatre types de situation sont demandés, selon des critères prédéfinis.

- Situation Simple : situation facile à laquelle vous avez été confrontée;
- Situation Courante : situation à laquelle vous avez été confrontée le plus souvent;
- Situation Difficile : situation qui nécessite des soins plus complexes et qui demande éventuellement une réflexion de l'équipe infirmière;
- Situation Urgente : situation qui demande une intervention rapide et efficace afin de stabiliser la situation.

Ces critères de classification des situations permettent de cerner les différents types de situations et non simplement les situations extrêmes. Cette méthode permet de collecter des situations correspondant à une réalité pratique de terrain et non d'avoir un inventaire exhaustif de tous les cas cliniques ni d'avoir un échantillon représentatif de cas cliniques en termes de fréquence. En effet, l'objectif de la collecte des données pour l'étude est d'identifier les compétences infirmières requises par les situations rencontrées et non d'identifier la fréquence de ces situations.

I.4.2.2 Traitement des données récoltées lors de la phase 0

Au total, 364 situations ont été collectées. Sur base de critères préétablis décrits en annexe Chapitre 4 Méthode 7.2.2, 115 situations ont été sélectionnées comme étant les plus complètes (20 situations dans chaque spécialité).

Messages clés

- **Au terme de la phase 0, nous disposons de 115 situations-patients, dont 58 en français, 57 en néerlandais qui serviront de base de données pour la phase 1 ; parmi ces 115 situations, 36 sont disponibles dans les 2 langues**

1.5 « PHASE I » DESCRIPTION DES TACHES ET DES COMPETENCES

1.5.1 Objectifs de la phase I

La phase I poursuit comme objectif la description des tâches infirmières et des compétences nécessaires pour chaque situation.

1.5.2 Déroulement de la phase I

Chaque situation doit être étudiée par deux infirmières. Au total, 112 experts (infirmières ou infirmières-chefs) sont recrutés sur base volontaire. Une minorité d'experts sont cadre infirmier, directeur de département infirmier ou infirmier enseignant (Chapitre 4 Méthode tableau 4.7 en annexe).

1.5.2.1 *Consignes pour l'identification des tâches et compétences par situation*

Les experts doivent décrire les tâches et les compétences infirmières en détail pour les 24 heures suivant la description de la situation, et de manière plus générale jusqu'à la fin du séjour. Il s'agit de décrire tâches et compétences requis.

Une liste de compétences récurrentes (compétences communes à l'ensemble des spécialités de soins) est proposée aux experts afin qu'ils sélectionnent les compétences infirmières qui s'appliquent dans la situation (annexes Chapitre 4 Méthode 7.5).

1.5.2.2 *Traitement des données de la phase I*

Chaque situation a été évaluée par deux experts, dans de rares cas par un seul expert. Les tâches et les compétences ainsi identifiées ont été reprises dans une liste agrégée. L'équipe de recherche a validé la liste des tâches et des compétences identifiées par les experts et l'a complétée par des tâches et compétences spécifiques au domaine de soins. Au total, 143 situations ont été retenues et 8 exclues (car non dûment complétées) (Chapitre 4 Méthode Tableau 4.11 en annexe).

Messages clés

- **Au total, nous disposons de 143 situations évaluées sur un total de 151 situations (dont 36 situations traduites) soit 95% de situations évaluées et utilisables pour les phases ultérieures. Pour chacune de ces situations, nous disposons d'une liste de tâches et de compétences.**

1.6 « PHASE 2 » DETERMINATION D'UN SCORE DE COMPLEXITE POUR LES COMPETENCES INFIRMIERES

1.6.1 Objectifs de la phase 2

Trois objectifs sont poursuivis dans la phase 2 :

- Validation des tâches et des compétences pour chaque situation ;
- Détermination d'un score de complexité globale pour chaque compétence ;
- Détermination d'un score de complexité spécifique pour les composantes cognitives, psychomotrices et psychoaffectives de chaque compétence.

1.6.2 Déroutement de la phase 2

Au total, 162 experts participent à cette phase et présentent les mêmes caractéristiques que ceux recrutés à la phase 1 (annexe Chapitre 4 Méthode 7.4.1). Chaque expert a accès à un nombre limité de situations dans sa spécialité d'expertise (de 5 à 7 situations).

Les experts évaluent les compétences (identifiées dans la phase 1) en termes de complexité globale, mais aussi par composante, cognitive (savoir), psychomotrice (savoir-faire) et psychoaffective (savoir-être). Deux échelles ont été construites pour évaluer la complexité globale d'une part et la complexité par composante d'autre part. Ces échelles ont été élaborées lors de l'étude de 2004. (5-7)

1.6.2.1 Echelle de complexité globale

L'échelle de complexité globale est une échelle Likert en 4 niveaux. L'échelle permet d'évaluer globalement la compétence en regard de la situation en faisant référence à l'acquis sous-jacent nécessaire : la solution coule de source, des procédures et des pratiques peuvent s'appliquer, il y a lieu de s'adapter, ou une innovation et de la créativité sont nécessaires, les acquis ne suffisent plus.

Pour chaque compétence, les experts ont dû donner un score de complexité globale sur une échelle de 0 à 4 (Tableau 4.2).

Tableau 4.2 Echelle de complexité globale

<p>Score 0. Ne s'applique pas La compétence ne se justifie pas pour la situation à laquelle elle se rapporte.</p> <p>Score 1. Pas complexe La solution coule de source. La réponse à fournir est rapidement trouvée et ne requiert ni connaissance ni interprétation concernant l'interaction entre les différents éléments de la situation. Il s'agit d'une question de bon sens.</p> <p>Score 2. Peu complexe La réponse à fournir repose sur les connaissances et l'expérience acquises lors la formation de base et permanente et lors de la pratique professionnelle. Une analyse et une interprétation rapide de la situation sont indispensables sur base des connaissances actuelles. Les principes appris et en vigueur doivent être respectés. Sur base des connaissances et de l'expérience, une adaptation de ces principes n'est pas indispensable mais peut être envisagée pour respecter la procédure.</p> <p>Score 3. Complexe La réponse à fournir implique un usage créatif des connaissances et de l'expertise acquise lors de la formation (de base ou continue) et lors de la pratique professionnelle. La solution ne coule pas de source et implique une analyse et une interprétation en profondeur de la problématique. Cela ne suppose toutefois aucune nouvelle connaissance scientifique. La réponse doit être construite à partir de l'intégration de connaissances acquises lors de la formation (de base ou continue) et lors de la pratique professionnelle. Il s'agit d'une variante d'une réponse déjà rencontrée précédemment. Souvent la combinaison du savoir, savoir-faire et savoir être est une variante de ce que l'on connaît déjà, mais ne nécessite aucune nouvelle connaissance.</p> <p>Score 4. Très complexe Les connaissances acquises lors de la formation ou de l'expérience ne sont plus suffisantes. Une analyse en profondeur est requise mobilisant des connaissances nouvelles et une manière créative d'interpréter la problématique, incluant une approche éthique mais aussi de nouvelles connaissances scientifiques. La situation exige une nouvelle réponse jamais rencontrée ni en formation, ni lors de l'expérience professionnelle. C'est pourquoi il est nécessaire que cette solution soit évaluée pendant et après sa mise en place, mais aussi que cette solution soit adaptée en fonction de l'évaluation.</p>

Defloor et al. (2006) (5-7)

1.6.2.2 Echelle de complexité par composante

Conceptuellement, chaque compétence se décompose en trois composantes distinctes : la réflexion, les habiletés, les attitudes, soit respectivement le savoir (ou composante cognitive), le savoir-faire (ou composante psychomotrice) et le savoir-être (composante psychoaffective). Cette classification se base sur les échelles de compétences de Bloom (S)(14), Krathwohl (SE)(15) et Jewett (SF)(16).

Pour chaque compétence, un score de complexité par composante a été attribué. Pour chaque composante, trois paliers de complexité sont définis (Tableau 4.3).

Tableau 4.3 Complexité des compétences par composante

		Cognitive	Psychomotrice	Psychoaffective
Paliers	1	Connaître/comprendre Info connue et mémorisée, situation comprise	Reproduire , exécuter un geste, un acte tel qu'appris et exécuté couramment	Entendre et répondre relation de communication simple, quotidienne et sociale
	2	Appliquer/analyser Connaissances suffisent ; Transférer un élément pour l'appliquer ailleurs ; identifier et organiser les différents éléments entre eux	Adapter, raffiner, perfectionner le geste, l'acte sur base des principes scientifiques et théoriques	Relation d'aide empathique répondant à des besoins implicites ou explicites liés à une plus grande vulnérabilité de l'interlocuteur
	3	Synthétiser/évaluer Prendre les différents éléments pour former un tout ; établir un jugement basé sur des critères précis ; trouver une nouvelle solution	Etre créatif, et innover dans l'exécution du geste, de l'acte, voire improviser en respectant le professionnalisme et les principes scientifiques et théoriques	Relation dans une perspective thérapeutique afin de produire un changement dans les représentations ou le comportement de l'interlocuteur (du patient)
	0	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Defloor et al. (2006) (5-7)

1.6.2.3 Validation des qualités psychométriques des échelles

Ces échelles —complexité globale et complexité par composante— mesurent la complexité des compétences sous des angles différents, respectivement la complexité globale d'une compétence en regard d'une situation, et la complexité de chaque composante de la compétence (savoir, savoir faire et savoir être).

Une analyse exploratoire a permis de confirmer la fiabilité de ces échelles (annexe Chapitre 4 Méthode 7.6)

1.6.3 Traitement des données de la phase 2

Des 143 situations disponibles au début de la phase 2, 13 situations ont été supprimées en raison du faible taux de réponse obtenu et de la difficulté de mobiliser plus d'experts pour effectuer ce travail.

Pour synthétiser les données collectées lors de la phase 2, retenons que :

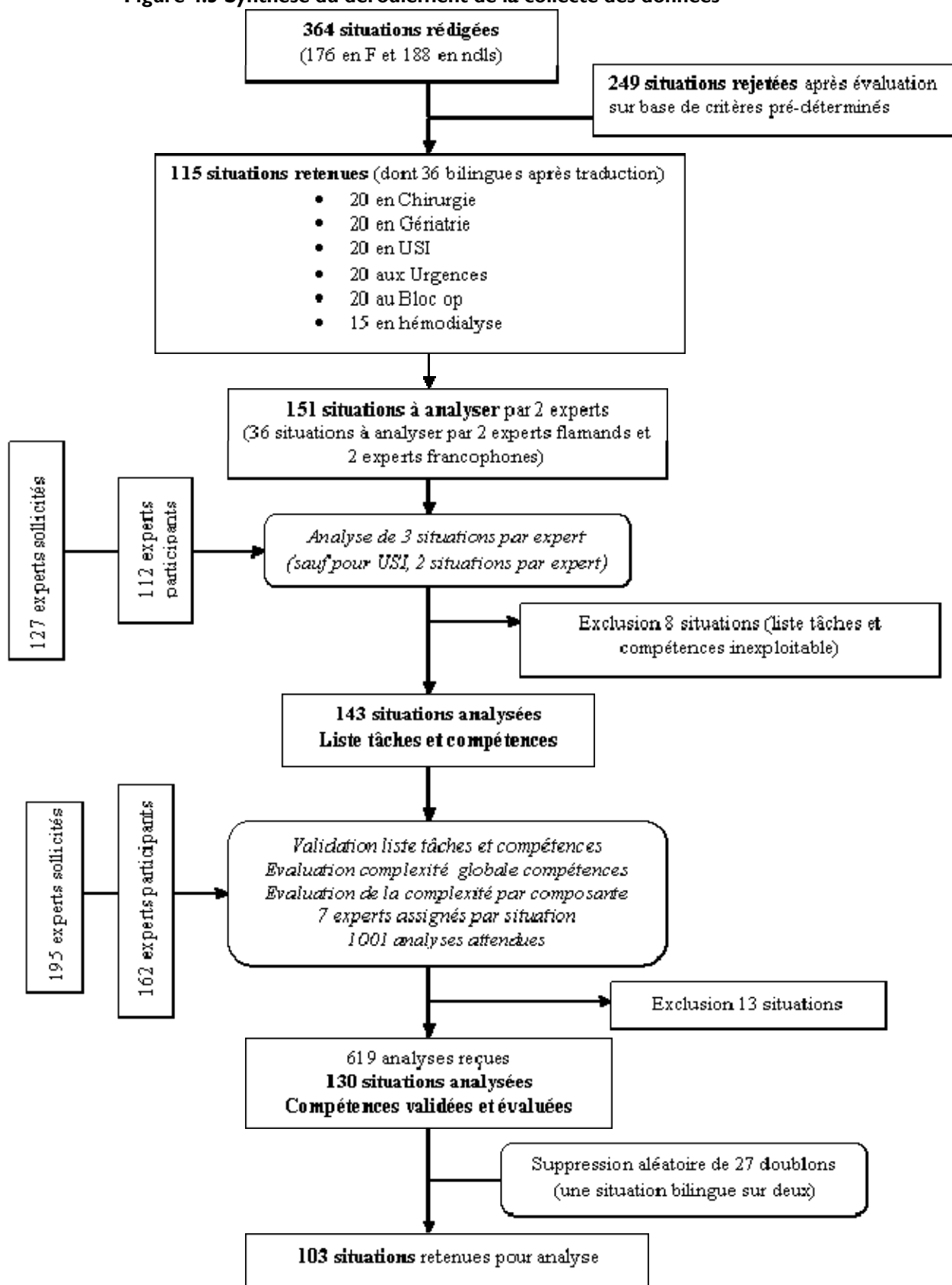
- 130 situations ont été analysées. Chaque situation a été soumise à au moins 7 experts ;
- 203 experts ont été sollicités durant cette phase (104 experts néerlandophones et 99 experts francophones) ;
- 162 experts ont participé à cette phase (79 experts néerlandophones et 83 experts francophones) ;
- 1 001 réponses étaient attendues (143 situations x 7 évaluations) ;
- 619 réponses ont été collectées soit un taux de réponse de 62%.
- Au total, 619 évaluations ont été retournées et 87% des situations ont été évaluées au moins 4 fois (Chapitre 4 Méthode Tableau 4.12 en annexe).

Messages clés

- **Au terme de la phase 2, nous disposons de 130 situations pour lesquelles chaque compétence requise pour la prise en charge du cas clinique présenté est décrite et la complexité évaluée, tant en termes de complexité globale que par composante ; parmi ces 130 situations, 87% au moins ont été évaluées par 4 experts différents.**
- **Nous disposons de 130 situations dont 27 traduites dans les deux langues. Au total, nous retiendrons 103 situations après exclusion de manière aléatoire d'une des deux versions parmi les situations traduites.**

La Figure 4.3 donne un aperçu général de l'ensemble des phases suivies.

Figure 4.3 Synthèse du déroulement de la collecte des données



1.7 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

A ce stade, plusieurs limites méthodologiques ont été rencontrées et le moyen de les appréhender mérite d'être relevé.

1.7.1 Facteur linguistique

Afin de pouvoir apprécier s'il existe une différence selon la communauté linguistique, certaines situations (N=36 ; 6 par service) sont traduites dans les deux langues en vue d'être traitées conjointement par des experts francophones et néerlandophones. Une étude exploratoire a été réalisée pour tester la présence d'une différence statistiquement significative en fonction du régime linguistique (t-test). Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence. Les détails des analyses et de leurs résultats sont présentés en annexe Chapitre 4 Méthode 7.8.3.3. Ceci nous permet d'analyser les données sans devoir tenir compte du régime linguistique.

1.7.2 Relation entre compétences et situations

Conceptuellement, une compétence ne peut s'apprécier qu'en regard de la situation dans laquelle elle doit être appliquée. Le design de l'étude prévoit à cet effet, que les compétences identifiées et l'estimation de leur complexité soient réalisées en regard de chaque situation. Ceci implique une non-indépendance des données qu'il y a lieu d'objectiver. Pour cela, il a été prévu que la complexité de chaque situation soit évaluée. C'est l'objet d'une phase supplémentaire (phase 3) dont présentée en annexe Chapitre 4 Méthode 7.7).

1.7.3 Indépendance des données

Le design de l'étude implique de poser l'hypothèse de la non indépendance des données. En effet, d'un point de vue clinique, on peut poser le postulat qu'il existe une relation linéaire entre la complexité de la situation rencontrée dans une unité de soins et la complexité des compétences nécessaires pour assurer une prise en charge efficace du patient. Ensuite, il y a lieu de tenir compte de l'effet « expert » (qui analyse plusieurs situations) car la vision personnelle de l'expert (sur base du domaine d'expertise, de son expérience, de sa formation, de son âge...) peut « colorer » son appréciation de la complexité. De même, l'effet 'unité de soins' doit aussi être pris en considération : en effet, les scores de complexité attribués par des experts issus d'un même service pourraient aussi être corrélés entre eux. L'analyse en modèle emboîté nous permettrait d'étudier la relation entre la complexité globale des compétences et celle de la situation en intégrant ces paramètres. Les investigations à ce sujet sont détaillées en annexe Chapitre 4 Méthode 7.8.

1.7.4 Validation écologique

Les tâches et compétences sont dégagées par des infirmiers —dénommés EXPERTS— n'ayant pas côtoyé les patients. Cette procédure implique que les soins requis et non les soins réellement prestés soient décrits. Par contre, elle induit un biais qui pourrait être qualifié de 'théorique'. En découle la question : *'les experts perçoivent-ils de la même manière la situation et son contexte et identifient-ils les mêmes actions que les infirmières qui ont réellement soigné le patient et qui donc ont une meilleure perception de la situation et de son contexte?'* Une validation écologique implique que infirmiers ayant soigné le patient et experts évaluent la complexité des situations, à l'aide des mêmes outils. Cette validation a permis de s'assurer que la complexité de la situation est évaluée de la même façon par les experts et les infirmiers ayant effectivement soigné le patient. Les détails sont décrits en annexe Chapitre 4 Méthode 7.11.

Messages clés

- **Aucune différence statistiquement significative en fonction du régime linguistique n'a pu être mise en évidence ;**
- **L'estimation de la complexité des compétences est réalisée en regard des situations cliniques, ce qui explique la non indépendance des données ;**
- **Les compétences sont d'emblée associées à une situation clinique, la situation a ainsi été prise en compte dans l'évaluation de la complexité des compétences par les experts. Dès lors, l'effet situation à lui seul n'explique plus que 3% de la variance de la complexité de la compétence ;**
- **Les EXPERTS n'ont pas évalué différemment que les infirmiers ayant soigné les patients la complexité des tâches et des compétences nécessaires pour prendre en charge les situations de patients.**

1.8 ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été encodées à l'aide d'un formulaire Internet (code HTML – PHP) et traitées avec SPSS version 15.0. Certains graphiques ont été générés avec Excel 2003.

1.8.1 Analyse descriptive

Le niveau d'analyse est la compétence. L'objectif poursuivi est :

1. de décrire la complexité globale et la complexité par composante
2. d'objectiver des différences statistiquement significatives en fonction
 - du service : existe-t-il une différence statistiquement significative en fonction des services mais surtout entre services ? (test de Wilcoxon³ + U de Mann-Whitney⁴);
 - des groupes de compétences : deux types de regroupement sont testés, par service :
 - classification NIC II —nursing intervention classification – 2nd version, (19)
 - regroupement selon des critères cliniques, ...Existe-t-il des différences statistiquement significatives entre les groupes de compétences au sein d'une même classification ? (test de Wilcoxon + U de Mann-Whitney).

Nous calculons, après regroupement des compétences, le score médian de la complexité globale et par composante. Le choix de la médiane repose sur le fait qu'elle est moins sensible aux valeurs extrêmes comparativement à la moyenne. Ces agrégations n'ont pas permis l'obtention de résultats 'cliniquement' significatifs.

L'ensemble de ces résultats est présenté en annexe.

1.8.2 Analyse d'ordonnement en cluster

L'objectif de l'ordonnement est d'identifier si les groupes de compétences pourraient se distinguer les uns des autres tout en étant cliniquement pertinents pour une différenciation de fonction.

Un premier ordonnancement par quartile a été testé sans résultats concluants.

³ Test U de Mann-Whitney ou test Mann-Whitney-Wilcoxon, test équivalent au test de la somme de rangs de Wilcoxon. Il existe un lien linéaire parfait entre W_s et U (17). Test non paramétrique (variable ordinale, 2 échantillons indépendants). Il présente l'avantage de l'interprétation aisée de la statistique U , étant cette dernière le nombre de paires $(x_i \text{ et } y_j)$, où $x_i > y_j$. (18)

⁴ Test de la somme de rangs de Wilcoxon (complexité de chaque composante des compétences par type de situation). Test non paramétrique (variable ordinale, 2 échantillons indépendants). Son hypothèse nulle stipule que les deux échantillons ont été prélevés aléatoirement des populations identiques. On conclut en général au rejet de H_0 si les deux distributions présentent des tendances centrales différentes (17)

Pour l'ordonnancement en cluster, deux variables ont été utilisées :

- la complexité globale moyenne par compétence
- la moyenne de la somme des trois composantes
- Compte tenu de la distribution non normale des données, la méthode requise de regroupement était la distance euclidienne et non le maximum de vraisemblance.
- Pour chaque service, une analyse en cluster a été réalisée. Différents essais ont été testés :
- Nombre de clusters : en 3, en 4, en 5, en 6 ou en un nombre indéterminé de clusters ;
- Ordre de classement : 4 essais de classement aléatoire des compétences sans différences majeures.

Certaines précautions ont été prises : élimination des outliers soit sur base de l'analyse descriptive soit à partir d'un regroupement en cluster mettant en évidence un cluster avec 1 ou 2 compétence(s). In fine, le regroupement en 4 clusters était sur le plan statistique mais aussi sur le plan clinique le plus pertinent et donc celui retenu et présenté dans les résultats.

Sur base de cette analyse en cluster, nous avons pu identifier à partir des compétences ainsi regroupées, des groupes d'activités pertinents cliniquement :

- Tâches administratives
- Soins simples et/ou standardisables
- Soins nécessitant un jugement clinique
- Soins nécessitant un jugement clinique et une expertise
- Communication – éducation et information
- Comportements et attitudes professionnels

Pour la présentation des résultats, chaque compétence a été étiquetée en fonction de ces six groupes d'activités ; ensuite, nous avons pu identifier par quel type d'activités se caractérisait chaque cluster.

Messages clés

- **L'analyse d'ordonnancement à pour objectif d'identifier si les groupes de compétences pourraient se distinguer les uns des autres tout en étant cliniquement pertinents pour une différenciation de fonction ;**
- **Sur base de l'analyse en cluster des groupes d'activités pertinents cliniquement ont été identifiés :**
 - **Tâches administratives**
 - **Soins simples et/ou standardisables**
 - **Soins nécessitant un jugement clinique**
 - **Soins nécessitant un jugement clinique et une expertise**
 - **Communication – éducation et information**
 - **Comportements et attitudes professionnels**

Chapitre 5: Résultats

I ANALYSE DESCRIPTIVE

I.1 COMPLEXITÉ DES COMPÉTENCES ENTRE SERVICES

L'objectif de ce paragraphe est de décrire la complexité globale et par composante pour chaque service.

I.1.1 Analyse de la complexité globale

Les statistiques descriptives présentées dans les Tableau 5.1 et Tableau 5.2 indiquent que les scores de complexité oscillent entre 1 et 4 ; 50% des scores se situent entre 2 et 3.

Tableau 5.1 Complexité globale

Service	Median	Mean	SD	Min	Max	N
Bloc-Opératoire	2,50	2,49	,53	1,00	4,00	1566
Chirurgie	2,33	2,38	,54	1,00	4,00	1395
Gériatrie	2,66	2,58	,59	1,00	4,00	1199
Hémodialyse	2,40	2,35	,53	1,00	3,83	1277
Soins Intensifs	2,25	2,29	,54	1,00	4,00	1725
Urgence	2,00	2,08	,47	1,00	4,00	1335
Total	2,33	2,36	,55	1,00	4,00	8497

Complexité globale par service (N= compétences évaluées) ; calcul : CIES-SESA - UCL

Les comparaisons entre services n'ont pas lieu d'être analysées étant donné que les experts sont issus de contextes différents.

I.1.2 Analyse de la complexité par composante

La composante systématiquement évaluée comme étant la plus complexe est la composante cognitive ; la composante la moins complexe est la composante psychoaffective, et ce dans tous les services. La complexité moyenne de la composante cognitive par service oscille entre 1.68 et 2.04. Les mêmes tendances s'observent pour la composante psychomotrice : la moyenne varie entre 1.55 et 1.87. En ce qui concerne la composante psychosociale, la complexité moyenne varie entre 1.62 et 1.83 (Tableau 5.3).

Tableau 5.3 Complexité des compétences par composante

Composante	Service	Median	Mean	SD	Min	Max	N
Cognitive	Bloc-Opératoire	2,00	2,04	,46	1,00	3,00	1566
	Chirurgie	2,00	1,89	,45	1,00	3,00	1395
	Gériatrie	2,00	2,01	,49	1,00	3,00	1199
	Hémodialyse	2,00	1,95	,47	1,00	3,00	1277
	Soins Intensifs	1,80	1,87	,41	1,00	3,00	1725
	Urgence	1,66	1,68	,42	1,00	3,00	1335
	Total	2,00	1,91	,46	1,00	3,00	8497
	Psychomotric e	Bloc-Opératoire	1,80	1,87	,49	1,00	3,00
Chirurgie		1,80	1,84	,46	1,00	3,00	1395
Gériatrie		2,00	1,86	,51	1,00	3,00	1199
Hémodialyse		1,83	1,86	,45	1,00	3,00	1277
Soins Intensifs		1,66	1,71	,41	1,00	3,00	1725
Urgence		1,50	1,55	,37	1,00	3,00	1335
Total		1,75	1,78	,467	1,00	3,00	8497
Psycho- affective		Bloc-Opératoire	1,66	1,68	,50	1,00	3,00
	Chirurgie	1,75	1,78	,48	1,00	3,00	1384
	Gériatrie	2,00	1,83	,51	1,00	3,00	1195
	Hémodialyse	1,80	1,83	,50	1,00	3,00	1277
	Soins Intensifs	1,66	1,71	,48	1,00	3,00	1703
	Urgence	1,60	1,62	,48	1,00	3,00	1296
	Total	1,75	1,74	,49	1,00	3,00	8378

Complexité de la dimension psychosociale des compétences par service (N= compétences évaluées) ; calcul : CIES-SESA - UCL

Messages clés

- Les services doivent être analysés séparément pour écarter toute éventualité d'interdépendance entre les variables ;
- La composante cognitive est systématiquement estimée comme la composante la plus complexe quel que soit le type de service alors que la composante psychomotrice est la moins complexe. Il existe des différences entre services pour la complexité psychosociale.

2 ANALYSE EN CLUSTER

Pour rappel, nous avons effectué une classification en cluster (distance euclidienne en 4 groupes) à partir de deux variables : d'une part, la moyenne du score de complexité globale par compétence et d'autre part, la moyenne de la somme des scores de complexité par composante pour chaque compétence.

Les scores de complexité globale varient de 1 à 4. La somme des scores de complexité par composante varie de 1 à 9. Ces deux scores interprètent différemment la complexité tout en étant complémentaires.

À partir des clusters, nous avons pu identifier 6 grands groupes d'activité :

- Activité logistique et administrative
- Exécution de soins simples et/ou standardisables
- Exécution de soins nécessitant un jugement clinique (observations; évaluation et prévention)
- Activités nécessitant de l'expertise et du jugement clinique (réflexion - soins spécialisés)
- Communication (entre professionnels, avec le patient et la famille), information et éducation du patient et de la famille
- Attitudes et comportements professionnels (ergonomique, déontologique, respect des règles d'hygiène ...)

Les résultats pour chaque service seront présentés en termes de groupes d'activité. Les compétences qui se rapportent aux attitudes et aux comportements professionnels sont difficilement analysables en termes de différenciation de fonction. Il s'agit, en effet, de compétences nécessaires pour tous les intervenants professionnels.

2.1 COMMUNICATION ET ATTITUDES PROFESSIONNELLES

2.1.1 Compétences associées à une attitude ou un comportement professionnel

Un ensemble de compétences relève de comportements et d'attitudes professionnels que tout prestataire de soins, quelle que soit sa fonction ou sa qualification se doit de maîtriser. Comme le souligne le Tableau 5.4, certaines compétences s'avèrent plus complexes tels que participer aux projets qualité, lire et comprendre la littérature scientifique, connaître ses limites, mettre à jour ses connaissances.

Tableau 5.4 Compétences relatives aux comportements et attitudes professionnels et récurrentes dans les 6 services

Libellé de la compétence	Complexité globale		Complexité Σ composantes		N
	Mean	SD	Mean	SD	
Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	3,00	0,35	5,70	0,41	6
Participer aux projets pour la qualité des soins	2,68	0,26	5,57	0,33	6
Connaître ses propres compétences et limites	2,51	0,20	5,19	0,51	6
Mettre ses connaissances à jour	2,44	0,30	5,03	0,51	6
Respecter les opinions et les convictions du patient	2,31	0,16	5,26	0,56	6
Prévenir les infections, sur base des principes de l'hygiène	2,20	0,12	4,17	0,35	6
Respecter les principes d'hygiène hospitalière	2,11	0,22	3,91	0,33	6
Être à l'écoute	2,10	0,21	5,04	0,60	6
Travailler de manière ergonomique	2,02	0,21	4,34	0,46	6
Garantir le secret professionnel	1,74	0,12	3,50	0,38	6
Respecter l'intimité du patient	1,72	0,10	4,43	0,46	3

Par ailleurs, certaines compétences ont été citées comme spécifiques à un service (Tableau 5.5). La gestion de son stress/émotion et la prise de distance par rapport à la situation sont reprises dans les compétences jugées les plus complexes.

Tableau 5.5 Compétences relatives aux comportements et attitudes professionnels et spécifiques à un service (moyenne)

Libellé de la compétence	Complexité	
	globale	Σ composantes
Bloc opératoire		
Travailler avec dextérité et rapidité	3,15	6,45
Gérer son travail tenant compte de l'intervention et activité en cours	3,00	5,40
Prendre des initiatives	3,00	6,40
Reconnaître une situation génératrice de stress et y faire face	2,85	6,28
Respecter les bonnes pratiques professionnelles recommandées	2,84	5,42
Respecter les protocoles de soins spécifiques au bloc opératoire	2,70	5,10
Remettre en question ses connaissances et pratiques professionnelles	2,69	6,23
Observer et réagir adéquatement	2,50	4,14
Connaître et respecter les circuits des personnes et du matériel	2,44	3,22
Offrir de l'aide spontanément	2,11	5,11
Adopter une attitude qui rassure le patient	2,00	5,33
Respecter les différences culturelles	2,00	5,33
Chirurgie		
Gérer son stress	3,22	6,33
Connaître ses limites et remettre en question sa pratique professionnelle	2,13	5,00
Respecter les problèmes de surpoids	2,00	3,67
Se présenter	1,50	3,25
Gériatrie		
Garder son calme, être patient et faire preuve de tact	3,38	6,50
Attitude envers les autres patients en cas de situation critique	3,20	7,20
Prise de recul en situation critique	3,20	6,60
Perfectionner ses compétences en gestion critique	3,00	5,67
Faire preuve de disponibilité et d'empathie.	2,68	5,36
Connaître les interventions infirmières	2,67	5,50
Gestion de la manutention	2,25	5,25
Perfectionner ses connaissances dans le domaine de la fin de vie	2,20	5,40
Connaître et appliquer les principes de stérilité	2,00	3,43
Adopter une attitude de soignant	1,86	5,57
Connaître et appliquer les procédures logistiques	1,40	1,80
Hémodialyse		
Respecter le patient dans son caractère de malade chronique	2,83	6,50
Gérer ses émotions en situation critique	2,67	5,60
Prendre le patient en charge de manière holistique	2,60	6,60
Être capable de remettre en question ses connaissances	2,58	5,38
Faire preuve d'empathie	2,33	6,10
Respecter les principes d'hygiène hospitalière spécifiques à la dialyse	2,29	4,53
Savoir organiser et anticiper son travail	2,20	5,40
Appliquer les règles d'hygiène des mains	1,82	4,00
Soins intensifs		
Gérer ses émotions en cas de situation critique	2,80	4,40
Participer à des recherches scientifiques	2,70	5,60
Gérer son stress en situation d'urgence vitale	2,00	4,60
Urgences		

Être capable de gérer son stress	2,67	6,00
Évaluer ses compétences et se remettre en question	2,44	5,69
Soigner avec équité le patient qui veut se suicider et qui échoue	2,20	5,00
Appréhender la vision du patient de manière respectueuse	2,00	4,67

2.1.2 Compétences associées à la communication, l'information et l'éducation

Les compétences récurrentes ayant trait à la communication, l'éducation du patient, et l'information sont peu nombreuses et jugées moins complexes : les scores moyens de complexité globale sont nettement inférieurs à 3 (Tableau 5.6).

Tableau 5.6 Compétences relatives aux comportements et attitudes professionnels et récurrentes dans les 6 services

Libellé de la compétence	Complexité globale		Complexité Σ composantes		N
	Mean	SD	Mean	SD	
Aviser le patient sur les adaptations dans sa manière de vivre	2,73	0,30	6,39	0,57	6
Être assertif vis à vis des autres professionnels	2,73	0,39	5,97	0,60	2
Informar le patient (et/ou sa famille)	2,72	0,30	6,30	0,60	6
Organiser et coordonner les soins en équipe intra- et interdisciplinaire	2,67	0,32	5,69	0,51	6
Être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic	2,64	0,26	6,04	0,53	6
Soutenir les membres de la famille	2,64	0,30	6,01	0,59	6
Informar le patient concernant l'éducation à l'autonomie	2,63	0,32	6,11	0,67	6
Communiquer avec le patient et la famille	2,62	0,29	6,00	0,53	6
Défendre les intérêts du patient	2,59	0,23	5,70	0,40	6
Travailler en équipe intra- et interdisciplinaire	2,59	0,28	5,48	0,53	6
Encourager le patient à suivre son traitement	2,56	0,32	6,23	0,72	6
Impliquer les proches du patient	2,48	0,29	5,79	0,59	6
Communiquer le vécu du patient pour adapter les soins	2,46	0,22	5,40	0,41	6
Bâtir une relation de confiance avec le patient	2,41	0,24	5,60	0,57	6
Communiquer de manière non verbale avec le patient	2,40	0,57	5,73	0,67	2
Encourager le patient à demander des explications	2,40	0,27	5,71	0,52	6
Transmettre les données concernant le patient par écrit et oralement	2,39	0,19	4,75	0,45	6
Informar le patient concernant les soins à domicile	2,38	0,35	5,13	0,66	5
Aider le patient à supporter sa dépendance	2,34	0,28	5,71	0,42	6
Stimuler le patient à l'autonomie	2,29	0,33	5,77	0,71	6
Communiquer avec empathie	2,28	0,38	5,44	0,48	3
Stimuler le patient à la mobilisation	2,12	0,21	5,43	0,66	6
Soutenir le patient dans l'organisation appropriée des activités	2,12	0,20	5,13	0,31	5

Messages clés

- Les compétences se rapportant aux aspects de communication ainsi que celles se rapportant aux attitudes professionnelles ne seront pas prises en compte dans l'analyse en termes de différenciation de fonction.

2.2 SERVICE DE CHIRURGIE

La Figure 5.1 et le Tableau 5.6 rendent compte des scores moyens de complexité globale par cluster. On remarque que la complexité globale se différencie de façon croissante d'un cluster à l'autre. Il n'y a pas de chevauchement des écarts interquartiles entre les clusters.

Figure 5.1 Complexité Globale par cluster pour le service de chirurgie

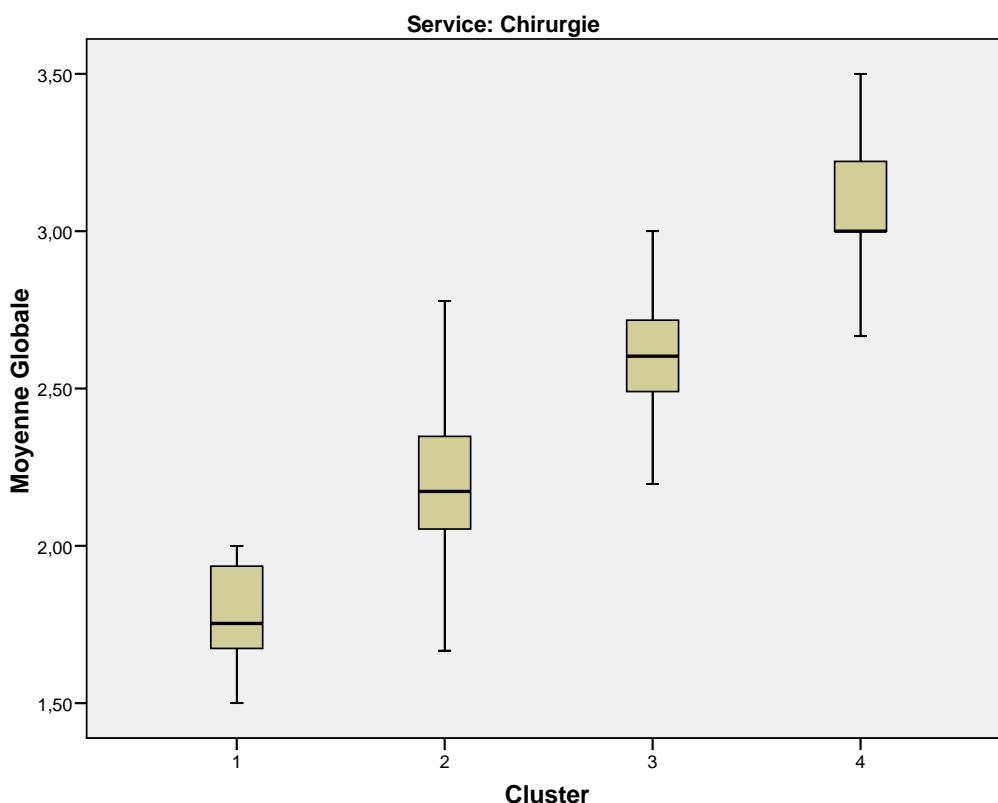


Tableau 5.6 Description des clusters en chirurgie

Cluster	N	Complexité globale		Complexité somme des 3 composantes	
		Moyenne	SD	Moyenne	SD
1	19	1,79	0,16	3,50	0,42
2	59	2,19	0,20	4,59	0,43
3	75	2,60	0,17	5,60	0,51
4	25	3,08	0,21	6,74	0,47
total	178	2,45	0,41	5,20	1,02

Les scores moyens de la somme des trois composantes suivent la même distribution que les scores moyens de la complexité globale.

Les détails sont présentés en annexe (Chapitre 5 Résultats 10.1).

2.2.1 Premier cluster en chirurgie : compétences non complexes

Ce premier cluster comprend 19 compétences non complexes et qui concernent principalement des tâches administratives et logistiques ainsi que des exécutions de soins simples et/ou standardisables.

La complexité globale moyenne est de 1.79 (SD : 0.16) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 3.50 (SD : 0.42).

Les compétences se ventilent autour de 4 activités principales :

- tâches administratives et logistiques dont, entre autres, la vérification du contenu des chariots de soins et de réanimation, la commande de matériel (N=9).

- compétences qui relèvent plutôt d'attitudes et de comportements professionnels comme par exemple, se présenter, respecter le patient (N=5).
- compétences qui se rapportent à l'exécution de soins simples et/ou standardisables tel que la gestion des bas de prévention des varices, positionner le bras du patient dans un Dujarrier ou en écharpe (N=4).
- une compétence se rapporte à la catégorie exécution de soins nécessitant un jugement clinique : il s'agit de collecter les renseignements en vue du retour à domicile du patient (N=1).

2.2.2 Deuxième cluster en chirurgie : compétences peu complexes

Ce cluster de compétences évaluées comme peu complexes comprend au total 59 compétences. En effet, nous pouvons estimer ces compétences comme peu complexes vu que la complexité globale moyenne est de 2.19 (SD : 0.20) et que la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 4.59 (SD : 0.43). Ces compétences concernent principalement l'exécution de soins simples et ou standardisables, mais également des compétences requérant du jugement clinique.

Les compétences se ventilent autour de 5 types d'activités principales :

- Exécution de soins simples et/ou standardisables : positionner le patient, effectuer les soins d'hygiène, placer un cathéter périphérique (N=30) ;
- Exécution de soins nécessitant un jugement clinique ; à titre d'exemple : prévenir les complications liées au port d'un plâtre, évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes, administrer adéquatement un traitement par différentes voies (N=10) ;
- Communication, information et éducation par exemple, informer le patient au sujet des complications liées au port d'un plâtre, éduquer le patient à la mobilisation (N=7) ;
- Attitudes et comportements professionnels ; entre autres, respecter les opinions des patients, mettre ses connaissances à jour (N=7) ;
- tâches administratives et logistiques telles que l'aide logistique lors des repas, gérer le départ du patient d'un point de vue administratif (N=5).

2.2.3 Troisième cluster en chirurgie : compétences complexes

Ce cluster comprend 75 compétences qualifiées de complexes. En effet, la complexité globale moyenne est de 2.60 (SD : 0.17) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 5.60 (SD : 0.51). Ces compétences se rapportent principalement à des activités nécessitant un jugement clinique de même que des activités de communication, d'information et d'éducation.

Les compétences se ventilent autour de 5 thèmes principaux :

- exécution de soins nécessitant un jugement clinique tel que par exemple, juger de l'indication d'un traitement intraveineux, juger de l'opportunité de modifier les soins, prévenir les thromboses veineuses profondes, reconnaître les symptômes d'hypo- et d'hyper-glycémie et réagir en conséquence (N=29)
- communication, information et éducation comme par exemple, éduquer le patient à la réalisation des auto-soins, stimuler le patient à l'autonomie, informer le patient au sujet des soins à domicile, soutenir la famille, travailler en équipe intra- et interdisciplinaire (N=21)
- exécution de soins simples et/ou standardisables ; citons à titre d'exemple : observer les paramètres vitaux, installer correctement le patient pour les repas, effectuer les soins d'hygiène à un patient appareillé (N=16)

- compétences nécessitant expertise et jugement clinique ; notons en particulier, interpréter les effets inattendus d'un traitement et réagir adéquatement, gestion de l'épilepsie, effectuer les soins prescrits à un cathéter d'anesthésie loco-régionale (N=6)
- attitudes et comportements professionnels, il s'agit de connaître ses propres compétences et limites, lire et comprendre la littérature scientifique, participer à des projets pour la qualité des soins (N=3)

2.2.4 Quatrième cluster en chirurgie : compétences très complexes

Ce cluster comprend 25 compétences qualifiées de très complexes. En effet, la complexité globale moyenne est de 3.08 (SD : 0.21) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 6.74 (SD : 0.47). Ce cluster de compétences porte essentiellement sur des aspects de communication, d'information et d'éducation ainsi que des aspects liés à l'expertise et du jugement clinique.

Les compétences se ventilent autour de 5 activités principales:

- compétences se rapportent à des aspects de la communication, information et éducation, citons par exemple, informer le patient concernant l'éducation à l'autonomie, prévoir des réunions multidisciplinaires, communiquer avec la famille (N=12)
- compétences nécessitant expertise et jugement clinique tels que, les soins de trachéotomie, le monitoring cardiaque et la surveillance (N=6)
- exécution de soins nécessitant un jugement clinique comme, anticiper les problèmes ou les complications, évaluer les membres inférieurs et les pieds des patients diabétiques, Anticiper les problèmes ou les complications (N=5)
- exécution de soins simples et/ou standardisables : utiliser des aides mécaniques appropriées pour faciliter la mobilité (N=1)
- attitudes et comportement professionnel, il s'agit de la compétence : gérer son stress (N=1)

2.2.5 Résultats globaux des clusters en chirurgie

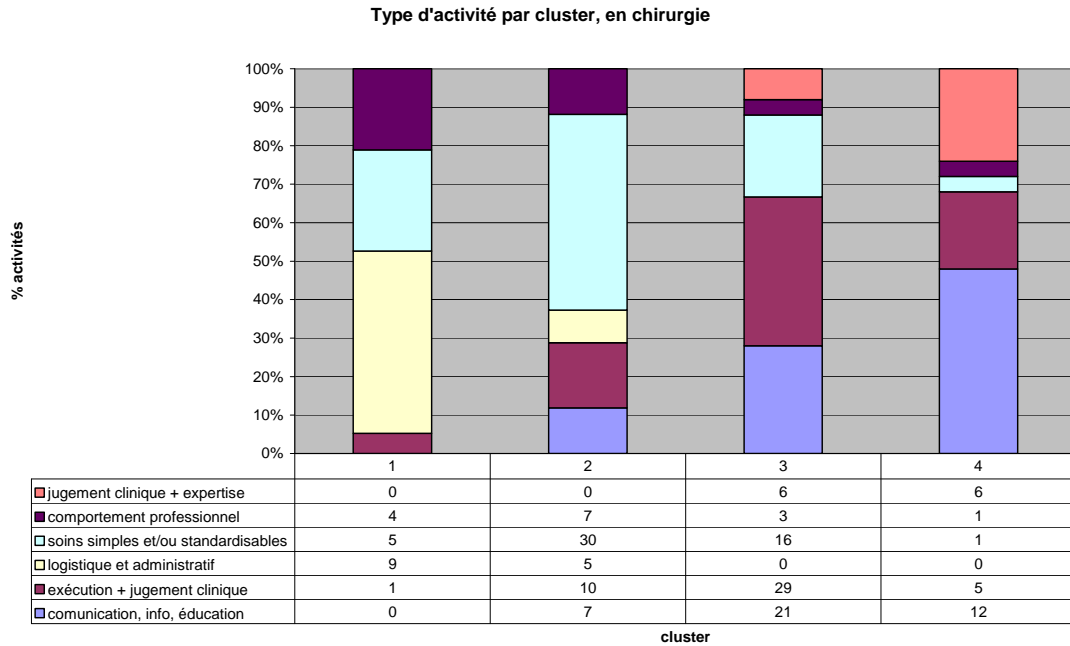
Dans le premier cluster, nous retrouvons principalement des activités liées aux tâches administratives et logistiques ainsi qu'à l'exécution de soins simples et/ou standardisables.

Dans le deuxième cluster, nous retrouvons principalement des activités liées à l'exécution de soins simples et/ou standardisables mais également des compétences nécessitant un jugement clinique.

Le troisième cluster regroupe un ensemble de compétences ayant trait à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique ou la communication, l'information et l'éducation.

Dans le dernier cluster, les compétences sont principalement relatives aux aspects liés à la communication, l'information et l'éducation ou nécessitent de l'expertise et du jugement clinique.

Figure 5.2 Répartition des activités par cluster en chirurgie



2.3 SERVICE DE GERIATRIE

Comme en chirurgie, on remarque que la complexité globale se différencie de façon croissante d'un cluster à l'autre, sans chevauchement des écarts interquartiles (Figure 5.3 et Tableau 5.7). La distribution des scores moyens de la somme des trois composantes (figure non présentée) est similaire à celle présentée (Figure 5.3)

Figure 5.3 Complexité Globale par cluster en gériatrie

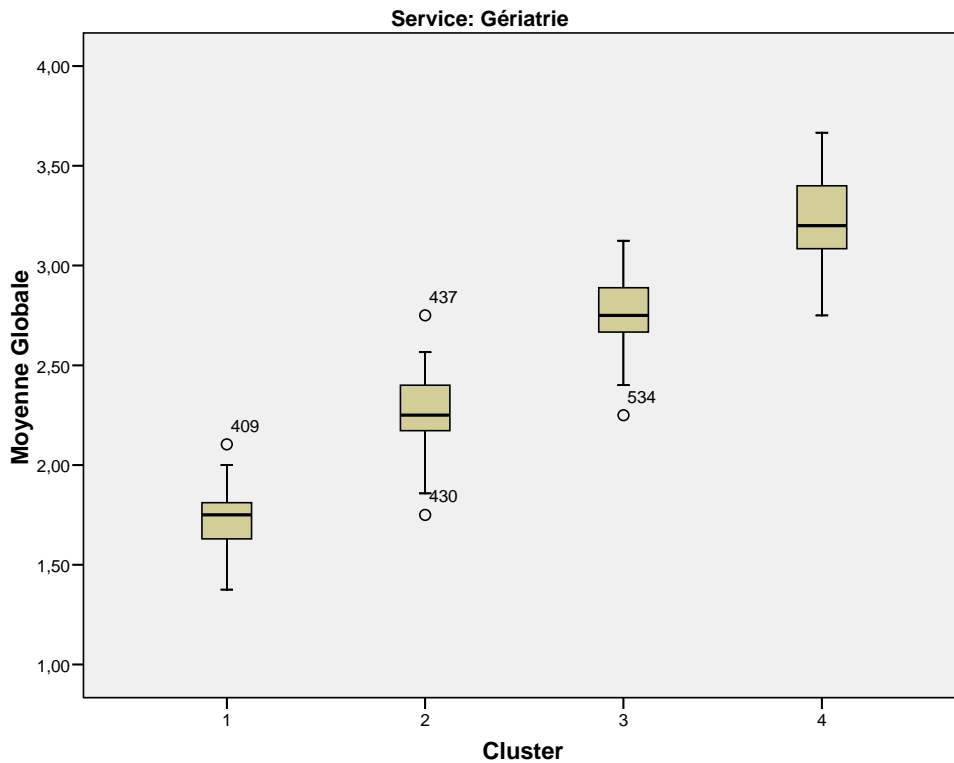


Tableau 5.7 Description des clusters en gériatrie

Cluster	N	Complexité globale		Complexité somme des 3 dimensions	
		Moyenne	DS	Moyenne	DS
1	27	1,73	0,18	3,30	0,57
2	55	2,27	0,19	4,66	0,51
3	81	2,77	0,18	5,65	0,46
4	46	3,22	0,20	6,77	0,53
total	209	2,61	0,51	5,33	1,19

Les détails de compétences sont présentés en annexe Chapitre 5 Résultats 10.2.

2.3.1 Premier cluster en gériatrie : compétences non complexes

Le premier cluster comprend 27 compétences évaluées comme non complexes et traitant essentiellement des tâches administratives et logistiques de même que de l'exécution des soins simples et ou standardisables. La complexité globale moyenne est de 1.73 (SD : 0.18) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 3.30 (SD : 0.57).

Les compétences s'organisent autour des activités suivantes:

- Tâches administratives et logistiques dont, entre autres, la vérification du contenu des chariots de soins, la commande de matériel, la gestion du transport du patient (N=13) ;
- Exécution de soins simples et/ou « standardisables » comme par exemple, réalisation des soins d'hygiène, réalisation des prélèvements pour analyses bactériologiques : urines, selles (N=8) ;
- Attitudes et comportement professionnel attendu chez chaque professionnel de santé dont, entre autres, garantir le secret professionnel (N=3) ;
- Communication, information et éducation ; plus particulièrement, il s'agit d'utiliser des supports pour l'information de la famille et du patient, éducation aux activités de la vie quotidienne (N=2) ;
- Exécution des soins nécessitant un jugement clinique : évaluer le mobilier afin de prévenir les chutes (N=1).

2.3.2 Deuxième cluster en gériatrie : compétences peu complexes

Le deuxième cluster comprend 55 compétences ayant essentiellement trait à l'exécution de tâches simples et /ou standardisables. Ces compétences ont été évaluées comme peu complexes ; en effet, la complexité globale moyenne est de 2.27 (SD : 0.19) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes de 4.66 (SD : 0.51).

Ces compétences classées dans ce groupe se rapportent à :

- Des tâches simples et/ou standardisables telles que, effectuer les soins d'hygiène et des soins annexes, gérer la procédure anti-escarre, installer correctement le patient pour le repas, effectuer les soins liés à une sonde vésicale (N=29)
- Attitudes et comportement professionnel ; notons entre autres, respecter les principes d'hygiène hospitalière, respecter les opinions et les convictions du patient, gestion de la manutention (n=8)
- Communication, information et éducation ; à titre d'exemple, fournir des conseils sur l'alimentation et l'élimination, la mobilisation, informer adéquatement le patient et sa famille concernant sa sortie (N=7)
- L'exécution de soins nécessitant un jugement clinique ; par exemple, évaluation de la glycémie et adaptation du traitement, évaluer la nécessité d'adapter l'alimentation en fonction de l'état du patient, préparer et administrer les médicaments (N=7)

- Des tâches administratives et logistiques telles que fournir le matériel mobilier adéquat pour favoriser les fonctions d'élimination, veiller à la disponibilité permanente des médicaments nécessaires à la réanimation et disposer le mobilier de manière fonctionnelle (N=4)

2.3.3 Troisième cluster en gériatrie : compétences complexes

Le troisième cluster est le plus important et comprend 81 compétences complexes essentiellement relatives à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique ainsi qu'à la communication, l'information et l'éducation mais aussi à l'exécution de soins simples et/ou standardisables. La complexité globale moyenne est de 2.77 (SD : 0.18) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 5.65 (SD : 0.46).

Les compétences classées dans ce groupe sont liées à :

- L'exécution de soins nécessitant un jugement clinique ; citons, adapter les soins en fonction de la situation du patient, reconnaître les symptômes d'un accident vasculaire cérébral, juger de l'indication d'un traitement intraveineux, commencer une réanimation cardio-pulmonaire (N=27) ;
- La communication, l'information et l'éducation ; par exemple, réaliser une liaison avec les structures de soins extérieures, transmettre les données concernant le patient par écrit et oralement, aider le patient à verbaliser ses besoins de confort (N=25) ;
- Des tâches simples et/ou standardisables dont, entre autres, administrer un gavage alimentaire par une sonde, effectuer une prise de sang par voie veineuse (N=18) ;
- Attitudes et comportement professionnel ; par exemple, connaître ses propres compétences et limites, mettre ses connaissances à jour (N=6) ;
- L'expertise infirmière et le jugement clinique ; il s'agit entre autres de la gestion de la délégation, offrir une structure adaptée au patient gériatrique, réaliser un ECG et interpréter les résultats (N=5).

2.3.4 Quatrième cluster en gériatrie : compétences très complexes

Ce cluster est également important et regroupe 46 compétences impliquant essentiellement une expertise, un jugement clinique et de la réflexion. Les compétences de ce cluster sont évaluées comme très complexes car la complexité globale moyenne est de 3.22 (SD : 0.20) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 6.77 (SD : 0.53). Ces compétences se rapportent à :

- L'exécution de soins nécessitant un jugement clinique comme, évaluer la nécessité de communiquer avec le patient concernant sa maladie, utiliser des échelles de mesure adéquates (N=18) ;
- L'expertise infirmière et du jugement clinique ; notons en particulier, la gestion des questions pour un patient en fin de vie, évaluer la pertinence d'une réanimation cardio-pulmonaire (début et fin), gérer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs (N=11) ;
- La communication, l'information et l'éducation ; citons à titre d'exemple, informer la famille au sujet de l'état du patient et de son traitement, organiser et coordonner les soins en équipe intra- et interdisciplinaire, aviser le patient sur les adaptations dans sa manière de vivre, être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic (N=11) ;
- Aux attitudes et comportement professionnel tels que par exemple, lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique, prise de recul en situation critique (N=4) ;
- L'exécution de soins simples et/ou standardisables : positionner le patient pour une réanimation, assister le patient dément pour l'alimentation (N=2).

2.3.5 Résultats globaux des clusters en gériatrie

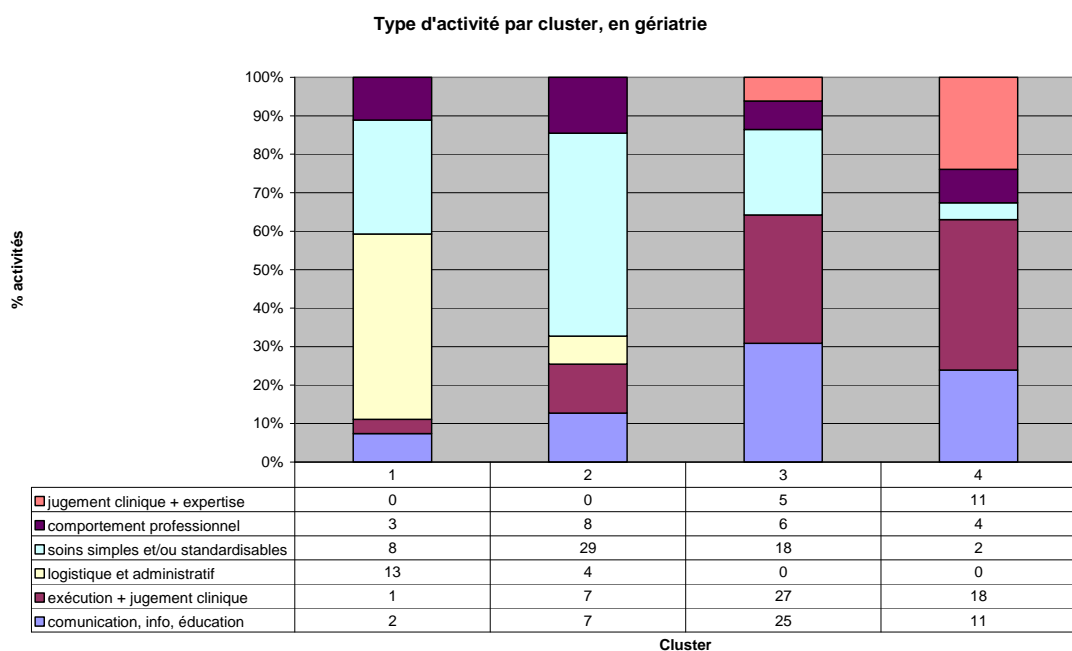
Les compétences regroupées dans le premier cluster sont essentiellement des tâches administratives – logistiques et d'exécution des soins simples.

Le deuxième cluster inclut surtout des compétences relatives à l'exécution de tâches simples et /ou standardisables.

Par contre, les compétences regroupées dans le troisième cluster du service de gériatrie sont associées à des activités ayant trait à la communication, information et éducation, ainsi qu'à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique. Dans une moindre mesure des compétences se rapportant à des soins simples et/ou standardisables sont présent dans ce cluster.

Les compétences du quatrième cluster impliquent surtout des activités nécessitant une expertise, jugement clinique et de la réflexion.

Figure 5.4 Répartition des activités par cluster en gériatrie



2.4 BLOC OPERATOIRE

A nouveau, la complexité globale au bloc opératoire se différencie de façon croissante d'un cluster à l'autre, sans chevauchement des espaces interquartiles entre clusters (Figure 5.5 et Tableau 5.8). Les scores moyens de la somme des trois composantes de la complexité suivent la même distribution (figure non présentée) que ceux de la complexité globale.

Figure 5.5 Complexité Globale par cluster au bloc opératoire

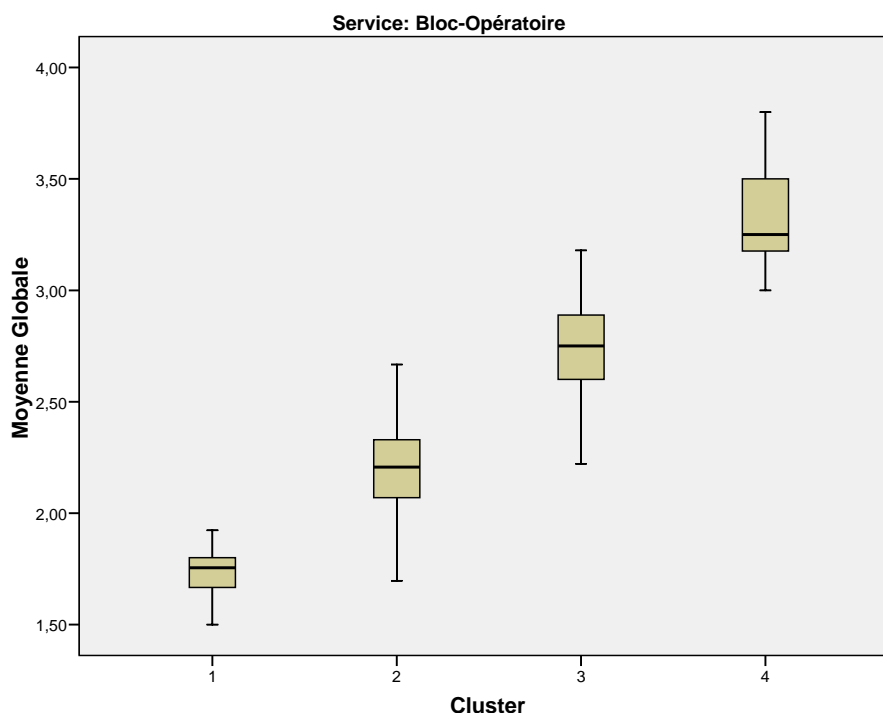


Tableau 5.8 Description des clusters au bloc opératoire

Cluster	N	Complexité globale		Complexité somme des 3 dimensions	
		Moyenne	DS	Moyenne	DS
1	10	1,72	0,14	3,34	0,34
2	86	2,19	0,20	4,08	0,56
3	105	2,74	0,21	5,76	0,56
4	17	3,32	0,23	6,66	0,55
Total	218	2,52	0,44	5,06	1,12

Les détails de compétences sont présentés en annexe Chapitre 5 Résultats 10.3.

2.4.1 Premier cluster au bloc opératoire : compétences non complexes

Les 10 compétences de ce cluster —qualifié de non complexe— portent sur l'exécution de soins simples et/ou standardisables et des tâches administratives et logistiques. La complexité globale moyenne de ce cluster est de 1.72 (SD : 0.14) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne de 3.34 (SD : 0.34). Ces compétences se ventilent autour de 3 types d'activités principales :

- compétences qui se rapportent à l'exécution de soins simple et/ou standardisables dont entre autre, gérer le déplacement du patient de lit à lit, évaluer l'état nutritionnel du patient, appliquer la procédure d'identification du patient (N=5)
- tâches administratives et logistiques comme par exemple : entretenir les appareils et le matériel, classer les résultats des examens effectués, préparer la table opératoire (N=4)
- Une compétence relève plutôt d'attitudes et de comportements professionnels, il s'agit de garantir le secret professionnel (N=1)

2.4.2 Deuxième cluster au bloc opératoire : compétences peu complexes

Le deuxième cluster comprend 86 compétences qui portent, comme dans le premier cluster, essentiellement sur des activités relatives à l'exécution de soins simples et/ou standardisables et aux tâches administratives et logistiques. Néanmoins, la complexité est plus élevée. Nous pouvons estimer la complexité de ce cluster de peu complexe car, la complexité globale moyenne égale 2.19 (SD : 0.20) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne 4.08 (SD : 0.56).

Ces compétences se ventilent autour de 5 activités principales :

- Exécution de soins simples et/ou standardisables tels que, connaître et savoir utiliser les différents drains et redons, ouvrir et donner les produits et le matériel spécifique stérilement, assister lors de l'habillage stérile et savoir s'habiller stérilement, effectuer un prélèvement d'urine, mettre un cathéter périphérique en place (N=42)
- tâches administratives et logistiques notons entre autre, gérer le transport du patient, préparer les demandes d'examens médicaux, faire appel à l'équipe de nettoyage, commander les médicaments, vérifier la présence des produits nécessaires à l'anesthésie et la chirurgie (N=19)
- exécution de soins nécessitant un jugement clinique à titre d'exemple, prévenir les lésions chez les patients recouverts par des champs, lire et interpréter les paramètres physiques sur le moniteur d'anesthésie, prévenir les risques liés à l'anesthésie générale, connaître et comprendre le déroulement de l'intervention et anticiper (N=12)
- attitudes et comportements professionnels par exemple, respecter l'intimité du patient, respecter les différences culturelles, respecter les principes d'hygiène hospitalière (N=10)
- communication, information et éducation il s'agit entre autre de, expliquer au patient les actes techniques et le rassurer, informer adéquatement le service dans lequel le patient va être transféré (N=3)

2.4.3 Troisième cluster au bloc opératoire : compétences complexes

Ce cluster est le plus important en comprenant 105 compétences relatives surtout à la communication, information et éducation, l'exécution de soins simples et/ou standardisables mais aussi ceux nécessitant un jugement clinique. La complexité globale moyenne est de 2.74 (SD : 0.21) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne est de 5.76 (SD : 0.56), dès lors, nous pouvons dire que la complexité des compétences de ce cluster a été évalué comme complexe.

Les compétences se ventilent autour des activités de :

- exécution de soins simples et/ou standardisables comme, mobiliser le patient d'une façon confortable, protéger le patient et les collègues des rayons X, effectuer une prise de sang veineuse, mettre en place les différents monitorings spécifiques au bloc opératoire, assister l'anesthésiste et/ou le chirurgien (N=31) ;
- exécution de soins nécessitant un jugement clinique notons en particulier, évaluer l'effet d'une anesthésie péridurale, évaluer le risque d'hémorragie et les saignements anormaux, planifier les soins, surveiller les monitorings spécifiques au bloc opératoire (N=30) ;
- communication, information et éducation citons à titre d'exemple, être assertif vis à vis des autres professionnels, encourager le patient à demander des explications, travailler en équipe intra- et interdisciplinaire, informer le patient des spécificités liées à la chirurgie et à l'anesthésie (N=26) ;
- attitudes et comportement professionnels tels que, respecter les opinions et les convictions du patient, connaître ses propres compétences et limites, reconnaître une situation génératrice de stress et pouvoir y faire face (N=10) ;

- compétences nécessitant de l'expertise et du jugement clinique par exemple, organiser le travail d'une situation complexe, surveiller le patient pendant l'anesthésie, réaliser un monitoring cardiaque et en faire la surveillance (N=7) ;
- une compétence relève de tâches administratives et logistiques, il s'agit de l'évaluation du fonctionnement des différents appareils techniques (N=1).

2.4.4 Quatrième cluster au bloc opératoire : compétences très complexes

Les 17 compétences de ce cluster sont considérées comme très complexes et concernent en particulier l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique, mais aussi de l'expertise en plus du jugement clinique. La complexité globale moyenne est d'ailleurs plus élevée et égale à 3.32 (SD : 0.23) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne à 6.60 (SD : 0.55).

Les compétences se ventilent autour de 4 types d'activités :

- exécution de soins nécessitant un jugement clinique à titre d'exemple, juger de l'opportunité de modifier les soins, juger si le traitement prescrit de la plaie est souhaitable, réaliser un ECG et en interpréter les résultats, évaluer les fonctions neurologiques (N=7) ;
- compétences nécessitant de l'expertise et du jugement clinique entre autres, réagir rapidement et adéquatement en situation d'urgence, participer à une « crush induction », évaluer les cathéters périduraux et gérer les pompes pour ces cathéters, connaître et maîtriser les éléments liés à la circulation extracorporelle (N=6) ;
- deux compétences se rapportent à des aspects de communication, d'information et d'éducation, plus particulièrement, il s'agit de soutenir les membres de la famille, informer et éduquer le patient concernant la pompe péridurale (N=2) ;
- deux compétences se rapportent à des attitudes et comportement professionnel, il s'agit de lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique ainsi que de travailler avec dextérité et rapidité (N=2).

2.4.5 Résultats globaux des clusters au bloc opératoire

Les compétences regroupées dans le premier cluster se rapportent essentiellement à de l'exécution de soins simples et/ou standardisables ainsi qu'à des tâches administratives et logistiques.

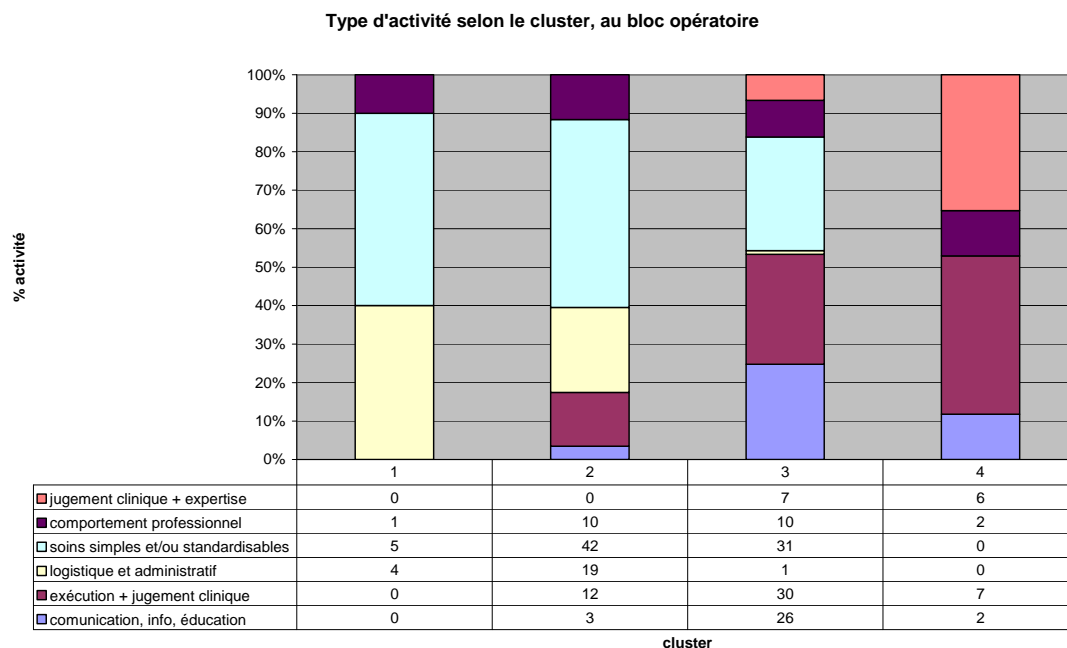
Le deuxième cluster du service bloc opératoire implique essentiellement des activités concernant l'exécution de soins simples et/ou standardisables ainsi que des tâches administratives et logistiques. Néanmoins, la complexité est plus élevée.

Les compétences reprises dans le troisième cluster relèvent surtout des activités relatives à la communication, information et éducation. Soulignons néanmoins que certaines compétences concernent l'exécution de soins simples et/ou standardisables.

Le quatrième cluster concerne surtout des compétences nécessitant un jugement clinique, mais aussi de l'expertise en plus du jugement clinique.

Contrairement aux autres services, les activités et les compétences inhérentes au bloc opératoire sont moins différenciées d'un cluster à l'autre. Certaines activités du 3^{ième} cluster concernent l'exécution de soins simples et/ou standardisables.

Figure 5.6 Répartition des activités par cluster au bloc opératoire



2.5 HEMODIALYSE

Comme pour tous les autres services, on remarque en hémodialyse que la complexité globale se différencie de façon croissante d'un cluster à l'autre, sans chevauchement des espaces interquartiles entre clusters (Figure 5.7 et Tableau 5.9). Les scores moyens de la somme des trois composantes de la complexité suivent la même distribution (figure non présentée) que les scores moyens de la complexité globale.

Figure 5.7 Complexité Globale par cluster en hémodialyse

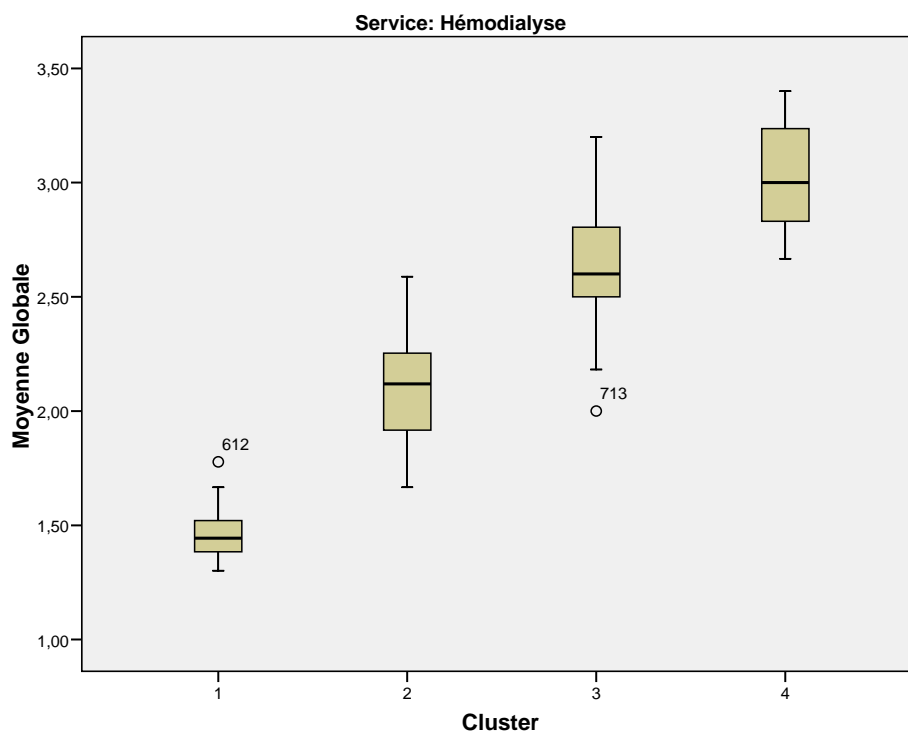


Tableau 5.9 Description des clusters en hémodialyse

Cluster	N	Complexité globale		Complexité somme des 3 dimensions	
		Moyenne	DS	Moyenne	DS
1	16	1,47	0,13	3,04	0,33
2	57	2,10	0,22	4,57	0,52
3	105	2,65	0,24	5,79	0,55
4	19	3,03	0,24	7,04	0,51
Total	197	2,43	0,47	5,33	1,12

Les détails de compétences sont présentés en annexe Chapitre 5 Résultats 10.4.

2.5.1 Premier cluster en hémodialyse : compétences non complexes

Contrairement aux autres services, le premier cluster en hémodialyse comprend 16 compétences ne traitant que de tâches administratives et logistiques. À titre d'exemple citons, la vérification de contenu des chariots de soins, la commande de matériel, gérer le transport du patient. Il s'agit de compétences évaluées comme non complexes, en effet la complexité globale moyenne est de 1.47 (SD : 0.13) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne est de 3.04 (SD : 0.33).

2.5.2 Deuxième cluster en hémodialyse : compétences peu complexes

Ce cluster comprend 57 compétences qualifiées de peu complexes et relatives essentiellement à l'exécution de tâches simples et/ou standardisables et à des compétences nécessitant un jugement clinique.

La complexité globale moyenne est de 2.10 (SD : 0.22) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne est de 4.56 (SD : 0.52).

Les compétences classées dans ce groupe se rapportent à :

- Des tâches simples et/ou standardisables comme par exemple, effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique, effectuer correctement les soins de plaies selon la prescription, prévoir des besoins en matériel, inspecter les téguments, gestion des schémas mictionnels normaux et anormaux (N=22) ;
- L'exécution de soins nécessitant un jugement clinique, dont entre autre, administrer les médicaments spécifiques à la dialyse, observer les effets attendus d'un traitement (N=14) ;
- La communication, l'information et l'éducation notons entre autre, transmettre les données pertinentes à l'équipe multidisciplinaire, recommander les associations de patients, soutenir le patient, informer le patient concernant la collecte d'urine de 24h (N=10) ;
- Aux attitudes et comportements professionnels citons, respecter les principes d'hygiène hospitalière, travailler de manière ergonomique, garantir le secret professionnel (N=9) ;
- Tâches administratives et logistiques telles que par exemple, nettoyer et désinfecter les machines après séance, vérifier l'état de fonctionnement des machines (N=2).

2.5.3 Troisième cluster en hémodialyse : compétences complexes

Le cluster —considéré comme complexe— comprend 105 compétences et concernent principalement les activités relatives à la communication, information et éducation ainsi que l'exécution de soins impliquant un jugement clinique. La complexité globale moyenne est de 2.65 (SD : 0.24) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne est de 5.79 (SD : 0.55).

Ces compétences classées dans ce groupe sont liées à :

- L'exécution de soins nécessitant un jugement clinique tels que, prévenir les plaies des patients diabétiques, adapter les doses d'insuline aux glycémies, observer et interpréter les paramètres (N=41) ;
- La communication, l'information et l'éducation ; citons, à titre d'exemple, informer les patients concernant leurs droits sociaux, éduquer le patient à respecter la restriction hydrique, encourager le patient à demander des explications, soutenir la famille, impliquer la famille du patient (N=29) ;
- L'exécution de soins impliquant à la fois expertise infirmière et jugement clinique il s'agit entre autres d'estimer le risque de thrombose de la fistule ou du cathéter, d'évaluer le risque de sténose de la fistule, de préparer le dialysa et l'adapter (N=17) ;
- Les attitudes et comportements professionnelles ; citons, respecter les opinions et convictions du patient, être capable de remettre en question ses connaissances, mettre ses connaissances à jour (N=10) ;
- Des tâches simples et/ou standardisables dont entre autre, effectuer les soins liés à une stomie, assister à la mise en place d'un cathéter de dialyse, effectuer une prise de sang veineuse (N=7) ;
- Tâches logistiques et administratives : résoudre les pannes mineures des machines (N=1).

2.5.4 Quatrième cluster en hémodialyse : compétences très complexes

Les 19 compétences classées dans ce cluster ont été évaluées comme très complexes ; en effet la complexité globale moyenne est de 3.02 (SD : 0.24) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne est de 7.04 (SD : 0.51). Il s'agit particulièrement de compétences relatives aux aspects de communication, d'information et d'éducation ainsi qu'à des compétences nécessitant un jugement clinique.

Ces compétences se rapportent à :

- La communication, l'information et l'éducation, plus particulièrement, éduquer le patient à la réalisation des soins et à l'interprétation des résultats, informer au sujet des traitements de l'insuffisance rénale terminale, fixer des objectifs pour l'éducation du patient (N=11) ;
- L'exécution de soins nécessitant un jugement clinique ; il s'agit, entre autres, de la gestion adaptée des procédures, évaluer la nécessité de communiquer avec le patient concernant sa maladie, pratiquer les interventions d'urgence et de réanimation adéquates (N=6) ;
- L'expertise infirmière dans un domaine particulier et le jugement clinique : effectuer une dialyse en urgence, gérer une situation d'urgence (N=2).

2.5.5 Résultats globaux des clusters en hémodialyse

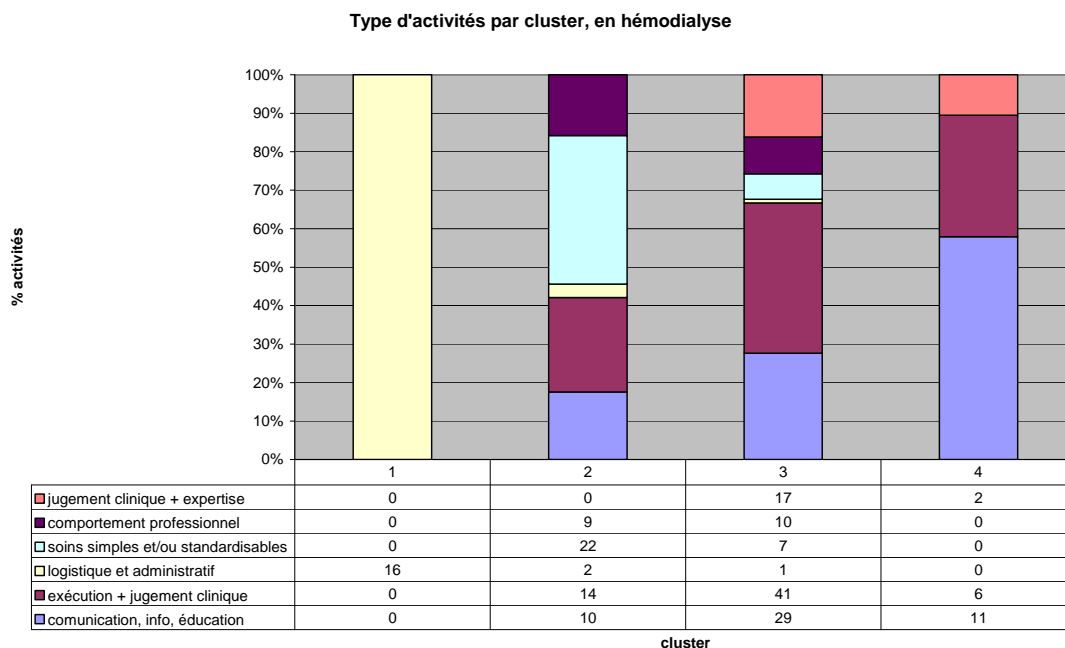
Contrairement à ce qui a pu être observé dans les autres services étudiés, le premier cluster se compose exclusivement de compétences logistiques et administratives.

Le deuxième cluster comprend principalement des compétences liées à des soins simples et ou standardisables mais aussi des compétences nécessitant du jugement clinique ainsi que des aptitudes de communication. Certaines compétences sont néanmoins liées à des soins simples et / ou standardisables.

Les compétences décrites dans le troisième cluster relèvent essentiellement de compétences nécessitant un jugement clinique ainsi que des compétences nécessitant des aptitudes de communication, d'information et d'éducation.

Les compétences du quatrième cluster portent essentiellement sur des activités relatives à la communication ou nécessitant un jugement clinique.

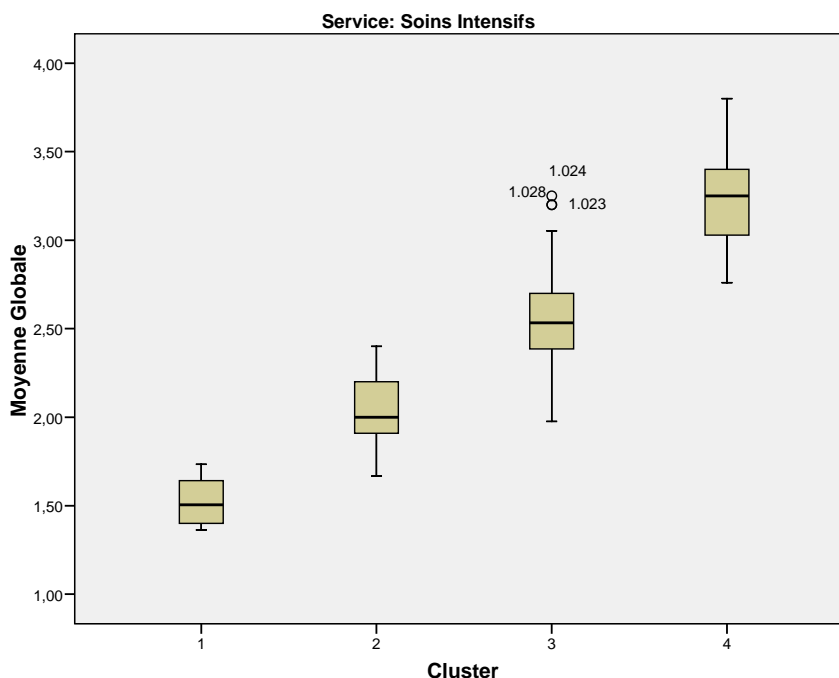
Figure 5.8 Répartition des activités par cluster en hémodialyse



2.6 SERVICE DE SOINS INTENSIFS

Au total, 266 compétences ont été identifiées et sont regroupées en 4 clusters.

Figure 5.9 Complexité Globale par cluster pour le service de soins intensifs



2

La complexité globale se différencie de façon croissante d'un cluster à l'autre sans chevauchement des espaces interquartiles entre les clusters (Figure 5.9 et Tableau 5.10). Les scores moyens de la somme des trois composantes de la complexité suivent la même distribution (figure non présentée) que les scores moyens de la complexité globale.

Tableau 5.10 Description des clusters aux soins intensifs

Cluster	N	Complexité globale		Complexité somme des 3 dimensions	
		Moyenne	SD	Moyenne	SD
1	15	1,53	0,13	3,26	0,40
2	88	2,05	0,19	4,14	0,45
3	134	2,54	0,28	5,44	0,48
4	29	3,22	0,24	6,69	0,60
total	266	2,40	0,47	5,02	1,03

Les détails de compétences sont présentés en annexe Chapitre 5 Résultats 10.5.

2.6.1 Premier cluster aux soins intensifs : compétences non complexes

Le premier cluster regroupe 15 compétences non complexes ; la complexité globale moyenne est de 1.53 (SD : 0.13) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne est de 3.26 (SD : 0.40).

Les compétences se regroupent en 2 catégories, d'une part l'exécution de soins simples et/ou standardisables et d'autre part, les tâches administratives et logistiques :

- Tâches administratives et logistiques comme par exemple, contrôler et ranger le matériel, préparer les dossiers pour les du matériel, commander les médicaments et le matériel, vérification de routine du matériel présent dans la chambre (N=9) ;
- Exécution d'actes simples et standardisables dont entre autres, aider le patient pour s'habiller et se déshabiller, utiliser une pompe à gavage, protéger la peau en cas de diarrhée (N=6).

2.6.2 Deuxième cluster aux soins intensifs: compétences peu complexes

Ce deuxième cluster comprend 88 compétences, qualifiées de peu complexes et portant essentiellement sur l'exécution de soins simples et/ou standardisables, l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique, et la communication y compris l'information et éducation ; la complexité globale moyenne est de 2.05 (SD : 0.19) et la complexité de la somme des 3 composantes moyenne est de 4.14 (SD : 0.45).

Ces compétences se ventilent comme suit :

- Tâches relatives à **l'exécution de soins simples et/ou standardisables** tels que collaborer avec les services logistiques, évaluer les téguments du patient, placer et ôter une sonde vésicale, utiliser le matériel d'incontinence, effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique, effectuer la toilette mortuaire d'un défunt, observer et soigner les plaies, effectuer une prise de sang veineuse (N=51) ;
- Tâches relatives à l'exécution de soins nécessitant un **jugement clinique**, notons en particulier gestion des médicaments dans une pompe à perfusion, évaluer les capacités du patient à déglutir correctement, initier et surveiller une alimentation entérale ou parentérale, reconnaître les symptômes d'hypo- et hyper-glycémie et réagir, calibrer correctement les appareils de mesure et pouvoir régler les alarmes (N= 22) ;
- Tâches **administratives et logistiques** tels que préparer les demandes d'examens médicaux, réaliser les tâches administratives lors de l'admission, vérifier le contenu du chariot de réanimation, gérer le départ du patient d'un point de vue administratif (N=7) ;
- Quelques compétences associées aux **attitudes et comportements professionnels** comme gérer son stress en situation d'urgences, respecter le secret professionnel (N=5) ;
- Quelques compétences concernent la **communication, information et l'éducation** citons à titre d'exemple, informer les patients concernant son traitement (N=3).

2.6.3 Troisième cluster aux soins intensifs : compétences complexes

Ce cluster comprend 134 compétences qualifiées de complexes et qui concernent principalement l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique, mais aussi des activités nécessitant expertise et jugement clinique ainsi que des aptitudes de communication d'information et d'éducation.

En effet, la complexité globale moyenne est de 2.54 (SD : 0.28) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 5.44 (SD : 0.48).

Ces compétences s'organisent comme suit :

- Bon nombre de compétences concernent l'exécution de soins impliquant un jugement clinique. Citons à titre d'exemple, adapter les soins d'hygiène en fonction de l'état critique de la situation, observer adéquatement l'évolution de la situation du patient, connaître les complications liées à l'héparine, utiliser les moyens disponibles pour communiquer avec le patient intubé, réaliser un bilan neurologique et suivre l'état neurologique, juger de l'indication d'un traitement intraveineux, poser un moniteur cardiaque et interpréter les valeurs, évaluer le bon fonctionnement d'un pacemaker (N=58) ;
- Plusieurs compétences sont associées à des activités de communication, d'information et d'éducation. Citons par exemple, encourager le patient à demander des explications, stimuler le patient à l'autonomie, soutenir le patient anxieux lors du départ du service, transmettre les données concernant le patient par écrit et oralement, travailler en équipe intra- et interdisciplinaire (N=38) ;
- Quelques compétences concernent l'exécution de soins simples et /ou standardisables tels que mobiliser le patient d'une façon confortable, effectuer les soins d'hygiène et soins annexes, assister le médecin pour la réalisation d'actes techniques, réaliser les soins de bouche, observer les paramètres vitaux et physiques (N=20) ;
- Dix compétences impliquent un jugement clinique mais aussi une expertise : surveiller un patient porteur d'un drainage thoracique, réaliser un monitoring cardiaque et en faire la surveillance, monitorer le drainage ventriculaire externe, évaluer la pertinence du traitement du patient (N=10) ;
- Quelques compétences concernent les attitudes et comportements professionnels comme actualiser ses connaissances, respecter les opinions et les convictions du patient, participer aux projets pour la qualité des soins, gérer ses émotions en cas de situation critique (N=8)

2.6.4 Quatrième cluster aux soins intensifs : compétences très complexes

Le quatrième cluster comprend 29 compétences évaluées comme les plus complexes concernant essentiellement des soins nécessitant un jugement clinique, ainsi que des compétences nécessitant de l'expertise et du jugement clinique. La complexité globale moyenne est de 3.22 (SD : 0.24) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 6.69 (SD : 0.60).

- La plupart des compétences implique non seulement un jugement clinique mais aussi une expertise telles que par exemple : gérer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs, coacher d'autres professionnels, monitorer la pression intra crânienne, observer et aider au sevrage lors de la ventilation artificielle, reconnaître les situations de choc et réagir adéquatement (N=15) ;
- Sept compétences relèvent de la communication, de l'information et de l'éducation : par exemple, être assertif vis-à-vis des autres professionnels, organiser le travail en équipe et déléguer, informer la famille sur l'état critique du patient (N=7) ;

- Six compétences impliquent l'exécution de soins compte tenu d'un jugement clinique telles que initier une réanimation cardio-pulmonaire, connaître les interactions médicamenteuses, manipuler et gérer un cathéter de Swann Ganz (N=6) ;
- Une seule compétence relève de l'exécution d'un soin simple et/ou standardisable : prévenir les perturbations du biorythme (N=1).

2.6.5 Résultats globaux des clusters aux soins intensifs

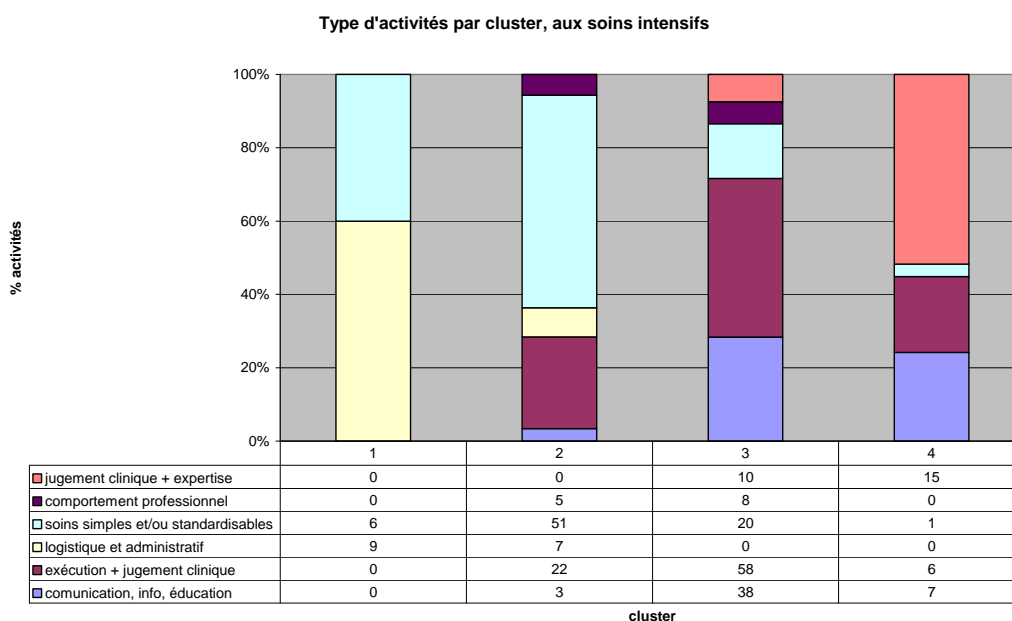
Aux soins intensifs, le premier cluster comprend des compétences relatives à l'exécution de soins simples et/ou standardisables et de tâches administratives et logistiques.

Le deuxième cluster comprend des compétences portant essentiellement sur l'exécution de soins simples et/ou standardisables, ainsi que des soins nécessitant un jugement clinique, de même que des compétences se rapportant à des aspects de communication.

Le troisième cluster reprend à la fois des soins nécessitant du jugement clinique, mais aussi des activités nécessitant du jugement clinique et de expertise ainsi que des aspects liés à la communication.

Quelques compétences sont regroupées dans le quatrième cluster, à savoir l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique, ainsi que les compétences nécessitant expertise et jugement clinique.

Figure 5.10 Répartition des activités par cluster aux soins intensifs



2.7 SERVICE D'URGENCES

Les Tableau 5.11 et Figure 5.11 rendent compte des scores moyens de complexité globale par cluster. On remarque que la complexité globale se différencie de façon croissante d'un cluster à l'autre, sans chevauchement des écarts interquartiles entre les clusters.

Les scores moyens de la somme des trois composantes de la complexité suivent la même distribution (figure non présentée) que les scores moyens de la complexité globale.

Figure 5.11 Complexité Globale par cluster aux urgences

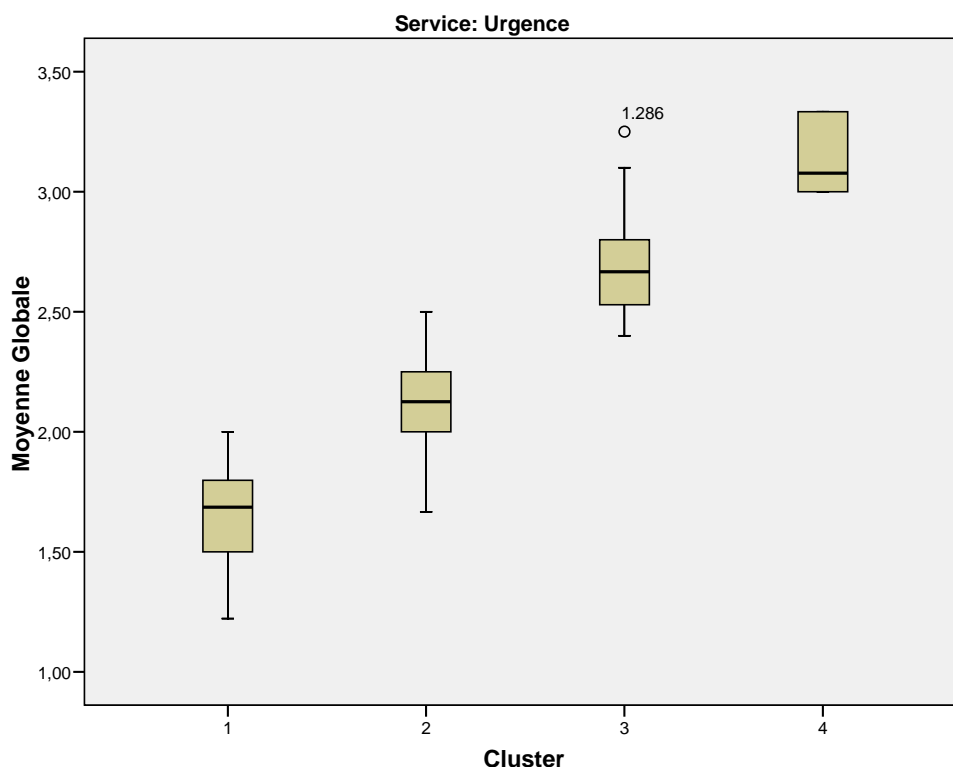


Tableau 5.11 Description des clusters aux urgences

Cluster	N	Complexité globale		Complexité somme des 3 dimensions	
		Moyenne	DS	Moyenne	DS
1	60	1,65	0,19	3,26	0,47
2	133	2,11	0,18	4,40	0,51
3	46	2,69	0,20	5,09	0,52
4	11	3,15	0,16	6,61	0,52
Total	250	2,15	0,44	4,35	0,93

Les détails de compétences sont présentés en annexe Chapitre 5 Résultats 10.6.

2.7.1 Premier cluster aux urgences : compétences non complexes

Le premier cluster comprend 60 compétences jugées comme non complexes : la complexité globale moyenne est de 1.65 (SD : 0.19) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 3.26 (SD : 0.47).

Les compétences de ce cluster se rapportent principalement à des soins simples et/ou standardisables ainsi qu'à des tâches administratives et logistiques

Les compétences se ventilent autour de 5 thèmes principaux :

- compétences qui se rapportent à l'exécution de soins simples et/ou standardisables dont, entre autres, positionner le patient pour la réalisation d'un acte médical, réaliser des prélèvements urinaires ou fécaux, effectuer une prise de sang sur cathéter périphérique, réaliser un pansement de cathéter, aider le patient pour s'habiller et se déshabiller (N=27)
- tâches administratives et logistiques comme par exemple, faire appel à l'équipe d'entretien, gérer les données informatiques, vérifier le chariot de

soins, facturer les médicaments et le matériel, préparer le matériel nécessaire à une suture (N=18)

- exécution de soins nécessitant un jugement clinique, tels que évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes, connaître le fonctionnement des différentes pompes et pousse-seringues, prévenir les complications liées au port d'un plâtre (N=7)
- communication, information et éducation ; notons entre autres, réaliser une fiche de liaison, éduquer à la prévention des complications liées au port d'un plâtre, éduquer concernant l'utilisation de béquilles (N=4)
- compétences qui relèvent plutôt d'attitudes et de comportements professionnels, il s'agit de : garantir le secret professionnel, être à l'écoute, travailler de manière ergonomique, respecter les principes d'hygiène hospitalière (N=4)

2.7.2 Deuxième cluster aux urgences : compétences peu complexes

Le deuxième cluster le plus important comprend 133 compétences ayant trait essentiellement à l'exécution de soins simples et/ou standardisables, ainsi que l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique de même que des aspects liés à la communication, l'information et l'éducation. Ce cluster a été évalué comme peu complexe car la complexité globale moyenne est de 2.11 (SD : 0.18) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 4.40 (SD : 0.51).

Ces compétences se ventilent autour de 6 thèmes principaux :

- Exécution de soins simples et/ou standardisables. Il s'agit, entre autres, de : effectuer les soins d'hygiène, mobiliser le patient d'une façon confortable, préparer une plaie avant suture, assister le médecin à la mise en place de cathéter, placer un patient sous monitoring, mettre en place un cathéter périphérique (N=53)
- exécution de soins nécessitant un jugement clinique, par exemple, estimer les besoins et nécessités du patient, réaliser une suture à la colle, chercher l'information concernant la cinétique d'un accident, reconnaître les signes cliniques d'une détresse cardio-respiratoire, administrer des médicaments via un pousse seringue (N=41)
- communication, information et éducation ; notons en particulier : solliciter des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, intégrer les aspects psychosociaux dans les soins infirmiers, communiquer avec le patient et la famille, être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic (N=23)
- soins nécessitant de l'expertise et du jugement clinique citons à titre d'exemple, réaliser un ECG et interpréter les résultats, surveiller un patient polytraumatisé et son évaluer le risque d'hémorragie, évaluer l'attitude à envisager lorsque le traitement présente un risque (N=9)
- attitudes et comportements professionnels, tels que, appréhender la vision du patient de manière respectueuse, respecter les opinions et les convictions du patient, actualiser ses connaissances (N=6)
- tâches administratives et logistiques : commander une ambulance (N=1)

2.7.3 Troisième cluster aux urgences : compétences complexes

Le troisième cluster comprend 46 compétences jugées comme complexes et concernent principalement l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique, de même que des compétences nécessitant expertise et jugement clinique.

La complexité globale moyenne est de 2.69 (SD : 0.20) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 5.09 (SD : 0.52).

Les compétences se ventilent comme suit :

- exécution de soins nécessitant un jugement clinique ; notons en particulier, planifier les soins, faire des liens entre les paramètres, les signes cliniques et l'anamnèse, évaluer et interpréter la fonction

neurologique, évaluer et surveiller un patient sous respirateur, initier une réanimation cardio-pulmonaire (N=24)

- compétences nécessitant de l'expertise et du jugement clinique ; à titre d'exemple, évaluer le degré d'urgence et les risques sur base de l'anamnèse de triage, coacher d'autres professionnels, gestion des fonctions respiratoires, connaître et appliquer les algorithmes de réanimation, placer ou assister au placement d'une voie intra-osseuse (N=10)
- attitudes et comportement professionnels ; dont entre autres, évaluer ses compétences et se remettre en question, être capable de gérer son stress (N=4)
- communication, information et éducation ; citons à titre d'exemple, évaluer l'information reçue par la famille, informer la famille du patient (N=3)
- trois compétences se rapportent à des exécutions de soins simples et/ou standardisables : réalisation d'un plâtre en collaboration avec le médecin, connaître le matériel médical nécessaire en cas de transport, installer le patient en tenant compte de l'appareillage (N=3)
- deux compétences traitent de tâches administratives et logistiques : savoir utiliser l'outil informatique, réaliser l'enregistrement RIM (N=2)

2.7.4 Quatrième cluster aux urgences : compétences très complexes

Onze compétences constituent le quatrième cluster, centrées essentiellement sur l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique et des aspects liés à la communication, l'éducation et l'information. Elles sont considérées comme très complexes : en effet, la complexité globale moyenne est de 3.15 (SD : 0.16) et la complexité moyenne de la somme des 3 composantes est de 6.61 (SD : 0.52).

Les compétences se ventilent autour :

- exécution de soins nécessitant un jugement clinique tels que, connaître les signes de maltraitance infantile et réagir, évaluer le patient inconscient et pouvoir réagir adéquatement, établir des priorités dans les soins (N=5)
- compétences se rapportant aux aspects de la communication ; citons à titre d'exemple, communiquer adéquatement avec la famille, communiquer avec un patient sourd (N=4)
- une compétence nécessitant de l'expertise et du jugement clinique ; il s'agit de : manipuler un patient polytraumatisé (N=1)
- exécution de soins simples et/ou standardisables : installer confortablement le patient inconscient (N=1)

2.7.5 Résultats globaux des clusters aux urgences

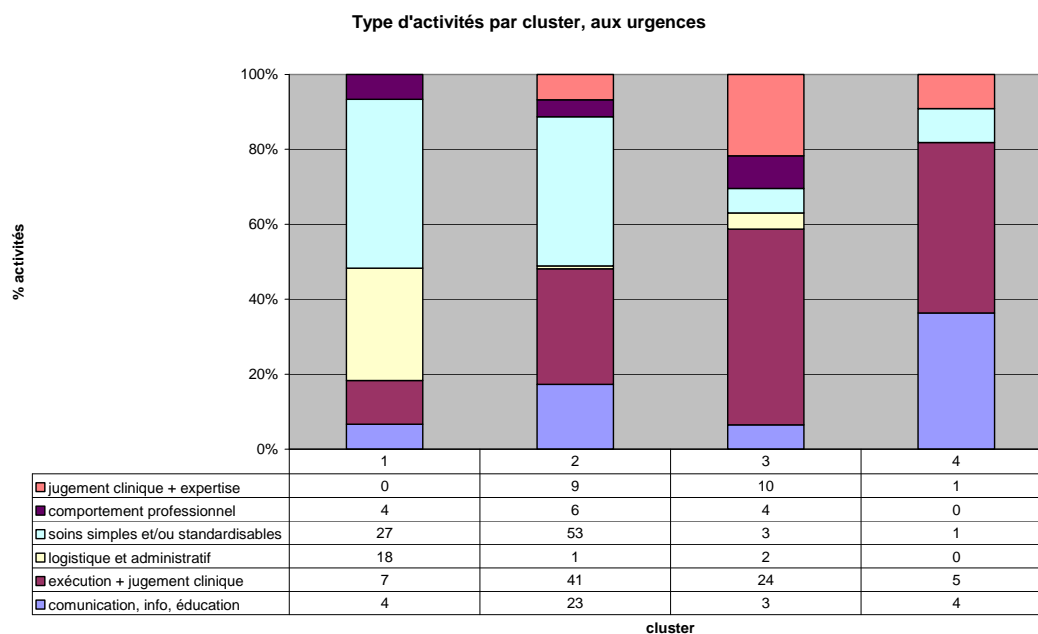
Le premier cluster qui se dégage à partir des analyses concerne l'exécution de quelques soins simples et/ou standardisables mais surtout des tâches administratives et logistiques.

Le deuxième cluster regroupe essentiellement des compétences visant l'exécution de soins simples et/ou standardisables, ainsi que l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique de même que des compétences liées aux aspects de communication, d'information et d'éducation.

Les activités regroupées dans le troisième cluster traitent surtout de l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique et pour certaines d'expertise.

Le quatrième cluster ne reprend que quelques compétences relatives soit à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique ou à la communication.

Figure 5.12 Répartition des activités par cluster aux urgences



Messages clés

- Quel que soit le service, le premier cluster —regroupant des compétences les moins complexes—, est représenté principalement par des activités liées aux tâches administratives et logistiques ainsi qu'à l'exécution de soins simples et/ou standardisables.
- Le deuxième cluster reprend essentiellement des activités liées à l'exécution de soins simples et/ou standardisables et certaines compétences nécessitant un jugement clinique.
- Le troisième cluster regroupe un ensemble de compétences ayant trait à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique ou la communication, l'information et l'éducation.
- Le quatrième cluster regroupant les compétences les plus complexes, est composé principalement d'activités relatives aux aspects liés à la communication, l'information et l'éducation ou nécessitent de l'expertise et du jugement clinique.
- Ces résultats plaident pour une différenciation de fonction.

3 DISCUSSION

3.1 DISCUSSION METHODOLOGIQUE

Plusieurs points méthodologiques méritent discussion.

3.1.1 Non exhaustivité des situations et des compétences

L'éventail des situations cliniques sélectionnées permet de représenter la réalité clinique mais ne constitue pas un échantillon exhaustif de celle-ci. En effet, l'objectif n'est pas de dresser un inventaire exhaustif de l'ensemble des situations de soins rencontrées dans les hôpitaux belges mais d'avoir une idée plus précise des différents types de situations rencontrées. C'est pourquoi, nous avons insisté pour obtenir des illustrations de situations variées (simples, courantes, difficiles, urgentes).

Dans la même perspective, le set de compétences caractérise les services pour lesquels ils ont été définis mais ne constitue pas non plus une liste exhaustive des compétences pour chacun de ces services.

3.1.2 Types de services investigués

Six types de services ont été sélectionnés. Pour chacun d'eux, un groupe d'experts a été sollicité, ayant une expérience dans le service considéré : les experts évaluent les situations et la complexité des compétences pour le service qui leur est assigné en fonction de leur expérience. Autrement dit, un expert en chirurgie n'évaluera que des situations relatives à la chirurgie, et celui des soins intensifs uniquement des situations de soins intensifs.

Les services investigués sont différents les uns des autres. Par exemple, l'activité en gériatrie porte classiquement sur la stabilisation de fonctions altérées et la réhabilitation du patient aux activités de la vie journalière (prise en charge s'inscrivant dans le temps et très spécifique au patient) alors qu'aux soins intensifs, il s'agit plutôt du maintien des fonctions vitales, par des procédures standardisées.

Par ailleurs, au sein d'un même service, il peut y avoir une grande hétérogénéité des cas cliniques rencontrés parce que le service constitue une spécialité en soi : par exemple en gériatrie, un patient gériatrique peut être admis pour des troubles cognitifs majeurs et un autre pour des troubles de la déglutition survenus après un accident vasculaire cérébral. A l'inverse, en chirurgie, il existe plusieurs spécialisations : cardiologie, digestive, orthopédie, neurochirurgie, ... au sein desquelles le cas mix est moins hétérogène.

En raison de ces différences, réaliser une comparaison statistique entre services n'a pas de sens.

3.1.3 Echelles de complexité des compétences

Deux types d'échelles de complexité des compétences ont été utilisées : l'échelle de complexité globale étant une échelle Likert en 4 niveaux et l'échelle de complexité par composante distinguant le savoir, le savoir être et le savoir faire, —trois échelles Likert en 3 niveaux.

L'utilisation de ces échelles visait à l'évaluation qualitative de la complexité de chaque compétence en vue de leur ordonnancement. Si au sein d'un même service, les compétences peuvent être classées les unes par rapport aux autres, la prudence s'impose quant à une comparaison du niveau de complexité entre services. L'objectif ne visait pas à classer les compétences entre services, auquel cas les experts, tous services confondus auraient dû évaluer les compétences requises dans tous les services.

L'ordonnancement est particulièrement mis en évidence quand on observe qu'en moyenne, les compétences aux soins intensifs sont —en chiffres absolus— moins complexes que celles requises par les situations en gériatrie.

3.1.4 Indépendance des données

Compte tenu du design de l'étude, on peut s'interroger aussi sur l'indépendance des données à différents niveaux et mesurer l'effet 'expert', l'effet 'unité de soins' et l'effet 'langue maternelle de l'expert'.

L'effet 'expert' : Les experts ont analysé un ensemble de situations pour en dégager des compétences et en évaluer la complexité. La manière d'analyser et d'évaluer la situation et les compétences y afférentes peut être plus liée à l'expert et à ses caractéristiques qu'à la situation elle-même. Si ce biais existe théoriquement, il est par contre difficile de l'écarter entièrement empiriquement. Néanmoins, le design de l'étude a tenu compte de cet aspect en évitant que le même expert évalue systématiquement les mêmes situations tout au long des différentes phases de l'étude. A chaque phase, d'autres situations étaient soumises à l'expert et ce dernier devait valider le travail réalisé jusqu'alors, via la méthode Delphi.

L'effet 'unité de soins'. L'indépendance des données peut aussi être remise en question si deux experts proviennent d'un même service, d'un même lieu de formation, ou ont une expérience professionnelle antérieure commune. Ce biais de la non-indépendance des données est minimisé par le fait qu'à chaque étape, les experts étaient confrontés à de nouvelles situations. De plus, le nombre d'experts issus d'une même unité de soins est marginal : au total, sur 203 experts sollicités, 9 paires et 1 trio d'experts provenaient du même service lors de l'une des phases. Les caractéristiques de la formation ou de l'expérience professionnelle dans un même lieu d'exercice n'ont par contre pas pu être prises en compte. L'effet 'unité de soins' peut être considéré comme marginal.

L'effet linguistique : Les experts provenaient des deux communautés linguistiques du pays. Il est possible que les experts néerlandophones analysent et évaluent différemment les situations et compétences que les experts francophones. Treize situations — traduites dans les deux langues— ont été soumises à des experts de chaque communauté. Les analyses ne mettent en évidence aucune différence statistiquement significative en termes de complexité des compétences. L'effet 'linguistique' peut donc être écarté.

3.1.1 Relation entre une compétence et une situation

Conceptuellement, une compétence est étroitement dépendante de la situation pour laquelle la compétence doit être mobilisée. Il serait erroné d'envisager une compétence indépendamment de cette dernière. Le design de l'étude a intégré ce postulat : à chaque étape, les experts devaient se prononcer systématiquement en regard d'une situation. Aussi, la manière dont les compétences étaient identifiées et leur complexité évaluée tenaient compte de la situation. L'analyse de variance (ANOVA) montre que 4% de variation du score moyen de complexité des compétences est expliqué par le score moyen de la complexité de la situation. L'effet 'situation' est donc intégré dans la complexité de la compétence elle-même, l'effet situation n'apportant rien de plus.

C'est pourquoi, compte tenu de la méthode utilisée, la différenciation de fonction peut s'opérer sur base de la complexité des compétences sans devoir tenir compte d'autres facteurs associés.

3.1.2 Validation écologique

Le design de l'étude prévoit que les experts —infirmiers de formation, ayant minimum 3 années d'expérience dans le service pour lequel ils sont sollicités— évaluent des situations (descriptions de cas cliniques). Théoriquement, on pourrait postuler que les experts n'ayant pas vu ni soigné le patient dont ils lisent la description, évaluent les tâches et compétences requises sous un angle théorique. C'est pourquoi, une 'validation écologique' a été réalisée visant à objectiver si les experts évaluent similairement ou différemment la situation décrite que les infirmières ayant réellement soigné le patient. La validation écologique permet de conclure à une grande similitude entre l'appréciation des experts et celles des infirmières ayant rédigé les situations et soigné le patient décrit, tant en termes de niveau de complexité des compétences que dans la manière de prendre en charge le patient décrit (tâches et compétences requises). Ce biais d'évaluation théorique peut être écarté.

3.1.3 Analyses effectuées

Des échelles Likert ont été utilisées pour une évaluation standardisée de la complexité des compétences en fonction des situations. Vu le nombre élevé d'évaluations, des scores moyens ont été calculés pour chaque compétence afin d'opérer leur regroupement grâce à une analyse en cluster.(1,2) Cette analyse a permis d'identifier 4 clusters et de mettre en évidence 6 groupes d'activités. Il ne s'agit pas d'une méthode exacte mais d'une démarche systématique et standardisée qui permet un classement logique des données sur le plan clinique. Sur base de ces résultats, une interprétation qualitative a été effectuée.

Compte tenu de ces limites, des précautions quant à l'interprétation et la généralisation des résultats s'imposent. Néanmoins nous pouvons faire des observations intéressantes et identifier les grandes tendances, qui sont représentatives des soins infirmiers dans le contexte investigué.

3.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS PAR SERVICE

3.2.1 Attitudes et comportements professionnels

Les compétences se rapportant aux attitudes ou aux comportements professionnels ne peuvent être interprétées en termes de différenciation de fonction et sont des compétences qui se rapportent à tous les professionnels.

3.2.2 Communication, information et éducation

Les compétences relatives aux aspects de communication, d'information et d'éducation ne doivent pas non plus être étudiées en termes de différenciation de fonction. On note cependant que la majorité de ces compétences sont estimées comme complexes ou très complexes par les experts (clusters 3 et 4).

3.2.3 Chirurgie

En ce qui concerne le service de chirurgie, 14 compétences relèvent du groupe d'activité « tâches logistiques et administratives » dont une majorité (64%) est considérée comme non complexe (cluster 1) ; les autres compétences sont peu complexes (cluster 2). Ces tâches administratives et logistiques pourraient, par leur nature et leur faible niveau de complexité, être confiées à du personnel administratif et logistique.

La plupart des compétences (52 compétences) sont liées à l'exécution de soins simples et/ou standardisables, considérés par la majorité des experts comme peu complexes (58%) ou complexes (31%). Les activités liées à l'exécution de soins simples et/ou standardisables pourraient être déléguées à une aide soignante supervisée ou à une aide infirmière sous la responsabilité d'une infirmière.

Un autre groupe d'activités comprend les compétences relatives à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique (N=45). Ces compétences sont principalement (65%) évaluées comme complexes (cluster 3). Ces compétences devraient être réservées à une infirmière ayant une pratique autonome.

Finalement, 12 compétences sont liées à des soins nécessitant jugement clinique et expertise et se répartissent à part égale entre les clusters 3 (complexe) et 4 (très complexe). Ces compétences devraient être confiées à des infirmières cliniciennes, infirmières spécialisées ou infirmières en pratique avancée car elles impliquent surtout expertise, jugement clinique et réflexion et sont évaluées comme complexes à très complexes.

3.2.4 Gériatrie

Pour le service de gériatrie, 17 compétences relèvent du groupe d'activités « tâches logistiques et administratives » ; la plupart d'entre elles sont considérées comme non complexes (76% regroupées dans le cluster 1). De nouveau, ces tâches administratives et logistiques pourraient, par leur nature et leur faible complexité, être confiées à du personnel administratif et logistique.

Un premier groupe important de compétences (N=57) est lié à l'exécution de soins simples et/ou standardisables. La répartition de ces compétences est similaire à celle observée en chirurgie, majoritairement peu complexe ou complexe (51% dans le cluster 1 et 32% dans le cluster 2). Néanmoins, le contenu de ces compétences change. Les activités liées à l'exécution de soins simples et/ou standardisables pourraient être déléguées à une aide soignante supervisée ou à une aide infirmière sous la responsabilité d'une infirmière.

L'autre groupe important comprend 53 compétences liées à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique ; elles sont principalement évaluées comme complexes, mais également comme très complexes (51% dans le cluster 3 et 34% dans le cluster 4). Ces compétences impliquant un jugement clinique devraient être réservées à une infirmière avec une pratique autonome.

Mentionnons encore que les 16 compétences liées à des soins nécessitant un jugement clinique et de l'expertise sont très complexes (69% dans le cluster 4) ; les autres étant évaluées comme complexes (cluster 3). Ces compétences, très complexes, devraient être confiées à des infirmières cliniciennes, infirmières spécialisées ou APN car impliquent surtout expertise, jugement clinique et réflexion.

3.2.5 Bloc opératoire

Pour le service du bloc opératoire, 24 compétences relèvent du groupe d'activité « tâches logistiques et administratives » ; contrairement aux services de chirurgie et de gériatrie, ces compétences sont surtout considérées comme peu complexes (79% dans le cluster 2 ; les autres compétences étant classées comme 'pas complexe' (cluster 1)). Ces tâches administratives et logistiques pourraient, par leur nature et leur faible complexité, être confiées à du personnel administratif et logistique.

Le groupe d'activité le plus important (78 compétences) concerne l'exécution de soins simples et/ou standardisables ; la répartition de ces compétences est ici aussi similaire aux services de chirurgie et de gériatrie, majoritairement peu complexes (54%) ou complexes (40%) mais leur contenu diffère cependant. Les activités liées à l'exécution de soins simples et/ou standardisables peuvent être déléguées à une aide soignante supervisée ou à une aide infirmière sous la responsabilité d'une infirmière.

Notons que 49 compétences sont liées à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique qui principalement sont évaluées comme complexes, mais dans une moindre mesure comme peu complexes (61% dans le cluster 3 et 25% dans le cluster 2). Comme déjà mentionné, ce type de compétences devraient être du ressort d'une infirmière avec une pratique autonome.

Finalement, 13 compétences sont liées à des soins nécessitant un jugement clinique et de l'expertise et sont considérées comme complexes (cluster 3) voire très complexes (cluster 4). Ces compétences devraient être confiées à des infirmières cliniciennes, infirmières spécialisées ou APN car impliquent surtout expertise, jugement clinique et réflexion.

3.2.6 Hémodialyse

Pour ce qui est du service d'hémodialyse, les 19 compétences relevant du groupe d'activités « tâches logistiques et administratives » se retrouvent majoritairement (84%) dans le cluster 1 (pas complexe). Contrairement aux autres services décrits jusqu'à présent, aucune autre compétence n'est reprise dans ce cluster. Ces tâches pourraient, par leur nature et leur faible complexité, être confiées à du personnel administratif et logistique.

Le groupe d'activités lié à l'exécution de soins simples et/ou standardisables comprend 29 compétences toutes classées comme peu complexes (76%) ou complexes (24%). La plupart de ces compétences étant considérées comme peu complexes, elles pourraient être déléguées à une aide soignante supervisée ou à une aide infirmière sous la responsabilité d'une infirmière.

Contrairement aux autres services décrits, le groupe d'activité des soins nécessitant un jugement clinique comprend le plus grand nombre de compétences (61 compétences). Celles-ci sont principalement évaluées comme complexes (67% dans le cluster 3), et quelques-unes (23%) comme peu complexes. Ces compétences, parce qu'elles nécessitent un jugement clinique et de par leur complexité, devraient être du ressort d'une infirmière avec une pratique autonome.

Finalement, 19 compétences sont liées à des soins nécessitant un jugement clinique et de l'expertise et sont surtout complexes (89% reprises dans le cluster 3) voire très complexes (cluster 4). Ces compétences devraient être confiées à des infirmières cliniciennes, infirmières spécialisées ou APN car impliquent surtout expertise, jugement clinique et réflexion.

3.2.7 Soins intensifs

En ce qui concerne le service de soins intensifs, nous remarquons que les groupes d'activités principaux sont les soins nécessitant un jugement clinique (86 compétences) et les soins simples et standardisables (78 compétences).

Classiquement, 16 compétences relèvent du groupe d'activités « tâches logistiques et administratives », et sont évaluées comme pas complexes ou peu complexes (56% dans le cluster 1). Ces tâches pourraient, par leur nature et leur faible complexité, être confiées à du personnel administratif et logistique.

Concernant le groupe d'activité « soins simples et/ou standardisables », la majorité des compétences est évaluée comme peu complexes (65% dans le cluster 2) voire complexes (26% reprises dans le cluster 3). Les compétences évaluées comme peu complexes peuvent être déléguées à une aide soignante supervisée ou à une aide infirmière sous la responsabilité d'une infirmière.

Quant à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique, ces compétences sont principalement évaluées comme complexes (67% dans le cluster 3) ou peu complexes (26% dans le cluster 2). Ces compétences, parce qu'elles nécessitent un jugement clinique et de par leur complexité, devraient être du ressort d'une infirmière avec une pratique autonome.

Finalement, 25 compétences sont liées à des soins nécessitant un jugement clinique et de l'expertise et sont évaluées comme très complexes (60% dans le cluster 4) ou complexes (40% dans le cluster 3). Ces compétences devraient être confiées à des infirmières cliniciennes, infirmières spécialisées ou APN car impliquent surtout expertise, jugement clinique et réflexion.

3.2.8 Urgences

Pour le service d'urgences, nous remarquons que les groupes d'activités principaux sont les soins simples et standardisables (84 compétences) et les soins nécessitant un jugement clinique (77 compétences).

Les 21 compétences qui relèvent du groupe d'activité « tâches logistiques et administratives » sont principalement (85%) évaluées comme pas complexes (cluster 1). Ces tâches pourraient, par leur nature et leur faible complexité, être confiées à du personnel administratif et logistique.

Des compétences constituant le groupe d'activité des soins simples et/ou standardisables (N=84), la majorité (63%) est évaluée comme peu complexe (cluster 2) ou pas complexe (32% dans le cluster 1). A ce titre, les activités de ce groupe peuvent être déléguées à une aide soignante supervisée ou à une aide infirmière sous la responsabilité d'une infirmière.

Les 77 compétences qui relèvent d'activités liées à l'exécution de soins nécessitant un jugement clinique sont, contrairement aux autres services, principalement évaluées comme peu complexes ou complexes (53% dans le cluster 2 et 31% dans le cluster 3). Ces compétences qui nécessitent un jugement clinique devraient être du ressort d'une infirmière avec une pratique autonome.

Les 20 compétences liées à des soins nécessitant un jugement clinique et de l'expertise sont évaluées comme complexes ou peu complexes (50% dans cluster 3 et 45% dans le cluster 2). Néanmoins ces activités devraient être confiées à des infirmières cliniciennes, infirmières spécialisées ou APN car impliquent surtout expertise, jugement clinique et réflexion.

3.2.9 Lecture transversale des résultats entre services

Les compétences qui se dégagent comme faisant partie de la prise en charge infirmière sont très hétérogènes et comprennent tant des aspects liés aux tâches administratives et logistiques que des compétences nécessitant jugement clinique et expertise. Sur base des observations faites, une différenciation de fonction tant vers des profils de fonctions moins qualifiés que vers des profils de fonctions plus qualifiés semble possible pour les services investigués : chirurgie, gériatrie, bloc opératoire, hémodialyse, soins intensifs et urgences.

Notons que les infirmières décrivent des tâches administratives et logistiques comme faisant partie de leur activité pour prendre soin d'un patient.

- Les tâches administratives et logistiques sont principalement évaluées comme pas complexes (cluster 1). Le bloc opératoire fait exception car ces tâches administratives et logistiques sont principalement évaluées comme peu complexes. Ces activités correspondent au profil de personnel administratif et logistique
- Le groupe d'activité des soins simples et ou standardisables concerne majoritairement des compétences ayant été évaluées comme peu complexes (cluster 2) et ce pour tous les services étudiés. Ces activités correspondent au profil d'une aide soignante supervisée ou d'une aide infirmière sous la supervision d'une infirmière avec une pratique autonome
- Le groupe d'activité nécessitant jugement clinique et expertise a été évalué comme complexe (cluster 3) ou très complexe (cluster 4). Ces activités correspondent au profil d'infirmière clinicienne, infirmière spécialisée voire d'APN.

Les soins simples et/ou standardisables ainsi que les tâches administratives et logistiques sont souvent similaires entre les services. Cela laisse une possibilité de différenciation de fonction vers des profils moins qualifiés.

Les compétences impliquant un jugement clinique doublé ou non d'une expertise (clusters 3 et 4) sont plus spécifiques aux services et varient plus largement d'un service à l'autre en termes de contenu.

Les compétences liées à la communication et à l'éducation du patient, de sa famille ou des pairs sont classées dans les clusters plus complexes (3 et 4) ; il s'agit bien d'activités de communication liées aux soins.

Nous avons pu par ailleurs identifier un ensemble de compétences relatives au comportement professionnel, que doivent maîtriser tous les professionnels.

Chapitre 6: Conclusion générale

Le présent rapport se proposait de répondre à 4 questions principales liées (1) à la dotation infirmière dans les services hospitaliers et à l'éventail des qualifications ; (2) à l'impact de la différenciation de fonction sur la qualité des soins aux patients, l'équipe et le système de soins ; (3) aux expériences conduites à l'étranger, y inclus les structures de formation requises pour former l'éventail de qualification prescrit par l'organisation du système de soins ; et (4) à la possibilité d'introduire une différenciation de fonctions dans les hôpitaux belges.

Pour répondre aux 3 premières questions, une revue narrative de la littérature a été conduite. La littérature apporte des précisions sur ce qu'il faut entendre par dotation infirmière, éventail des qualifications et champ de pratique ; les nuances portent sur le nombre d'infirmières, leur formation et leurs compétences mais aussi sur les fonctions et activités qu'elles sont autorisées à pratiquer.

La répartition des tâches entre professionnels de santé est un facteur essentiel de la qualité du système de santé et de sa capacité à répondre aux besoins de la population. Les facteurs qui motivent une modification de l'éventail des qualifications peuvent être très divers, notamment la volonté d'innover dans la prestation des services, la pénurie de certaines catégories de personnel, l'amélioration de la qualité et le désir d'améliorer l'efficacité de la prestation des services par rapport à son coût. Les principales modifications de l'éventail des qualifications envisagées sont l'élargissement du champ de pratique, la substitution, la délégation et l'innovation.

Les recherches conduites sur la différenciation de fonction se subdivisent en deux groupes de recherches. Le premier groupe se penche sur la substitution entre médecins (généralistes et hospitaliers) et infirmières en pratique avancée. Le deuxième groupe s'intéresse à la dotation infirmière et au partage des tâches entre infirmières diplômées/spécialisées et infirmières auxiliaires ou assistants non qualifiés.

EXPÉRIENCES DE SUBSTITUTION ENTRE MÉDECINS ET INFIRMIÈRES

Les expériences de substitution des médecins généralistes et hospitaliers par des infirmières en pratique avancée ont été conduites principalement aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et plus récemment en France. Entre ces pays, les facteurs contextuels ont joué un rôle important comme levier pour l'action. Aux Etats-Unis, les compressions budgétaires ont motivé le recours à du personnel moins qualifié, de plus faible niveau de rémunération, en vue d'améliorer le rapport coût-efficacité des soins délivrés. Au Royaume-Uni, la nécessité de proposer une meilleure prise en charge des patients à un niveau de ressources donné (humaines mais aussi financières) a induit la mise sur pied d'expériences de coopération et de substitution. En France, c'est la diminution prévisible de la densité médicale et du temps médical disponible qui a généré la réflexion sur l'optimisation de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients.

Quels que soient les contextes dans lesquels ces expériences ont été conduites et les priorités qui ont été définies, les résultats obtenus sont riches d'enseignement. Premièrement, les expériences de coopération et de substitution par du personnel qualifié dont les compétences ont été élargies permettent de garantir voire d'améliorer la qualité des soins en favorisant le développement de certaines activités telles que l'éducation du patient et le suivi des malades chroniques. L'utilisation plus efficiente d'un éventail plus large des compétences disponibles permet de faire face, dans des régions isolées ou des secteurs spécifiques (secteurs communautaires, prévention, vaccination), à un manque de médecins. La substitution permet, en outre, de dégager du temps pour les médecins, à condition qu'ils ne consacrent pas ce temps libéré à vérifier le travail effectué. Toutefois, en terme d'efficience, la substitution médecins/infirmières ne permet pas, à court terme, un gain de coût ; au contraire, les expériences de substitution des médecins par des infirmières en pratique avancée génèrent à court terme une hausse des dépenses liées à la formation, la coordination et la supervision des nouveaux professionnels. Finalement, les coopérations peuvent contribuer à la revalorisation de certaines professions lorsque l'élargissement du champ de pratique (des infirmières par exemple) s'accompagne d'une formation idoine reconnue par une qualification spécifique qui est valorisée et qui permet des évolutions de carrière.

Cette valorisation des compétences doit devenir pérenne pour être attractive aux yeux des professionnels et ne pas s'éteindre lorsque les enjeux qui ont motivé la substitution entre professionnels ne sont plus à l'ordre du jour.

IMPACT DE LA DOTATION INFIRMIÈRE SUR LA QUALITÉ DES SOINS, L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE ET LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les recherches sur l'impact de la dotation de l'équipe infirmière sur la qualité et l'organisation des soins sont très nombreuses, mais ne sont pas toutes d'excellente qualité ou conduites sur de larges échantillons.

Les recherches de très bonne qualité, pour la plupart conduites aux Etats-Unis et au Canada, démontrent un lien très clair entre le nombre d'infirmières que compte une équipe et des résultats de santé positifs pour le patient. Au contraire, les données probantes concluent qu'une dotation infirmière inadéquate (trop faible) est liée à la mortalité hospitalière, aux réadmissions hospitalières non planifiées et aux échecs thérapeutiques, à l'augmentation des erreurs médicales, des infections nosocomiales, des pneumonies, des erreurs médicamenteuses, des escarres de décubitus, et finalement à une augmentation de la durée de séjour et des coûts hospitaliers. La dotation de l'équipe infirmière a aussi un impact sur la satisfaction des infirmières, leur charge de travail, leur niveau de stress et par conséquent sur leur absentéisme. Les coûts plus élevés liés à l'engagement supplémentaire d'infirmières diplômées pourraient être compensés par un gain de productivité (réduction de la durée de séjour et des événements adverses chez les patients).

MODIFICATION DE L'ÉVENTAIL DES QUALIFICATIONS AU SEIN DE L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE

Les motivations qui sous-tendent la modification de l'éventail des qualifications sont de deux ordres. Les facteurs économiques sont souvent prépondérants. Aux Etats-Unis, pendant les années 90', les pressions financières ont conduit beaucoup d'hôpitaux à réduire le nombre d'infirmières et à les remplacer par du personnel moins qualifié (assistantes). En dehors des pressions budgétaires, la qualité des soins et l'organisation sont aussi deux objectifs visés par la modification de l'éventail des qualifications, directement en permettant au professionnel de développer une expertise dans un champ d'action mieux ciblé, et indirectement, en permettant de déléguer certaines tâches à différents types de personnels qui viennent renforcer les équipes soignantes, dont la dotation est insuffisante.

Les résultats des études relatives au partage des tâches entre infirmières et auxiliaires moins qualifiés restent mitigés. Les conclusions tirées de la littérature relative à l'intégration de professionnels de faible qualification dans les équipes infirmières doivent être interprétées avec précaution, en raison du contexte spécifique dans lequel cette intégration a été expérimentée. En particulier, les expériences de délégation de tâches entre infirmières et auxiliaires ont été entreprises dans un contexte assez défavorable de pénurie infirmière et de compression budgétaire. Les restructurations dans les soins de santé pour des raisons économiques et la pénurie infirmière qui se généralise ont amené les gestionnaires à introduire du personnel moins qualifié dans les équipes pour remplacer des infirmières ou compenser leur absence.

Dans ces conditions, des données probantes obtenues lors d'études de très bonne qualité et conduites à large échelle supportent l'association entre l'introduction dans les équipes infirmières de personnel moins qualifié et la survenue d'événements adverses graves voire létaux. Sur le plan de l'efficacité, la substitution d'infirmières par du personnel moins qualifié n'a pas entraîné une diminution des coûts hospitaliers. Au contraire, la prévalence plus élevée d'événements adverses a induit une augmentation de la durée de séjour et du coût des traitements, engendrant un accroissement global des coûts liés à l'hospitalisation.

Toutefois, les expérimentations qui ont envisagé un recours à du personnel moins qualifié, non pas pour remplacer les infirmières mais pour les seconder, ont permis de libérer du temps de travail pour les infirmières.

En conséquence, les infirmières ont bénéficié de plus de temps disponible pour les soins directs aux patients qui requerraient leur niveau de compétence et pour assurer la coordination des soins. Dans ces conditions, l'efficacité organisationnelle et la qualité des soins en ont été améliorées. L'impact sur la réduction des coûts a été moins clair, en raison de nombreux coûts cachés (absentéisme et turnover, événements adverses).

En conclusion, les résultats obtenus dépendent beaucoup du modèle sur base duquel les personnels moins qualifiés travailleront : pour suppléer, compléter ou se substituer au personnel infirmier qualifié.

La recherche n'offre aucune orientation au sujet de l'éventail de compétences le plus efficace pour assurer la prestation des meilleurs soins possibles, ni de la méthode de calcul la plus adéquate pour définir la dotation requise par unité. La recherche n'apporte pas non plus de précision au sujet de la nature des tâches qui peuvent être déléguées. Les infirmières elles-mêmes expriment et soutiennent ce paradoxe. D'une part, soucieuses de délivrer des soins de haute qualité, elles craignent la délégation de tâches à du personnel moins qualifié qui ne disposerait pas des mêmes compétences qu'elles ; cette crainte s'associe à celle de perdre leur identité et leur reconnaissance professionnelle si les tâches qui relèvent de leur rôle propre peuvent aisément être déléguées à du personnel auxiliaire, moins coûteux sur le plan salarial. D'autre part, elles reconnaissent que la charge de travail croissante qui leur incombe liée à la difficulté pour les hôpitaux d'engager davantage de personnel infirmier qualifié (en raison des normes légales, des contraintes budgétaires et du manque d'infirmières sur le marché de l'emploi) contraint l'éventail des solutions acceptables. Parmi les solutions envisageables, la différenciation de fonctions peut présenter des avantages pour l'ensemble des professionnels concernés, tels qu'une hausse des compétences, une meilleure motivation, une utilisation plus rationnelle des qualifications et compétences respectives et un plus haut niveau de satisfaction au travail.

Pour être efficace, le plan de dotation doit tenir compte de la complexité inhérente à la prestation de services aux patients et de la concordance à établir entre la composition des ressources humaines (compétences, effectif, formation et expérience) et les besoins des patients. Il conviendrait donc d'inverser l'analyse et de partir des besoins spécifiques des patients hospitalisés par service et du niveau de qualité des soins souhaité pour déterminer les compétences requises du personnel de santé.

Le succès des expériences d'introduction de personnel auxiliaire dans les équipes infirmières réside dans un leadership clair ; l'analyse approfondie des situations de soins pour définir les profils de compétences requis ; la formation adéquate des infirmières à la délégation des tâches et à la coordination ; la formation adéquate des auxiliaires en vue d'assumer efficacement les nouveaux rôles qui leur seront assignés ; la prise en considération de la culture organisationnelle dominante en vue d'impliquer les professionnels concernés dans le processus de modification (et non de les confronter aux résultats de la prise de décision) ; la définition des rôles et des compétences de chacun (description de fonction) ; une communication claire des objectifs, enjeux et partage des compétences afin de lever ambiguïté de rôle et conflit de rôles. A l'inverse, les expériences de partenariat entre infirmières et auxiliaires qui ont été mal préparées et mal encadrées ont généré insatisfaction et surcharge de travail pour les infirmières, qui ont été amenées à consacrer davantage de temps à la communication, à la coordination, à la supervision et à la gestion des conflits.

COMPARAISON INTERNATIONALE DES NIVEAUX DE FORMATION ET D'ORGANISATION INFIRMIÈRES

La comparaison internationale des niveaux de formation et d'organisation infirmières a une portée limitée à l'analyse de 4 pays (France, Pays-Bas, Royaume-Uni et Canada — province du Québec). En termes de différenciation de fonction, chaque pays a développé ses propres modalités. En France, la différenciation de fonction horizontale est assez marquée en fonction de la spécialisation de l'infirmière diplômée d'Etat (IDE, bloc opératoire, anesthésiste et puéricultrice). La différenciation de fonction verticale est marquée par le nombre limité de niveaux de formation différents : auxiliaires, infirmières et cadres de santé. Cette structure simple permet d'avoir des champs de pratique bien différenciés mais implique un rôle très étendu des infirmières.

Au Québec, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, la différenciation verticale est plus élaborée : aides logistiques; infirmières auxiliaires ; infirmières ; infirmières en pratique avancée.

En Belgique, la différenciation horizontale est bien développée puisqu'il existe un grand nombre de spécialisations et de qualifications professionnelles différentes. La formation organisée dans l'enseignement secondaire supérieur (permettant l'accès au titre d'infirmière hospitalière) se différencie principalement de celle organisée dans l'enseignement supérieur (permettant l'accès au titre de bachelière en soins infirmiers) par des critères d'accessibilité aux études moins exigeants ; des contenus de programmes moins importants ; un accès limité aux qualifications professionnelles particulières ; l'importance du nombre d'heures consacrées à la pratique par rapport à l'enseignement théorique ; une formation théorique et pédagogique moins axée que dans l'enseignement supérieur vers la conceptualisation, l'abstraction, l'esprit de recherche, d'analyse et de synthèse. Les bachelières en soins infirmiers ont accès à un nombre supérieur de spécialisations (11 titres professionnels particuliers) et à l'université pour accéder ensuite aux niveaux de maîtrise et de doctorat.

La liste des titres professionnels particuliers s'est largement étendue ces dernières années et comptait en septembre 2006, pas moins de 11 titres professionnels particuliers accessibles aux titulaires du diplôme ou du titre d'infirmière graduée ou de bachelière en soins infirmiers (pédiatrie et néonatalogie ; santé mentale et psychiatrie ; santé publique ; soins intensifs et d'urgence ; imagerie médicale ; assistance opératoire et instrumentation ; oncologie ; anesthésie ; gériatrie ; stomathérapie et soins de plaie ; perfusionniste). La liste des qualifications professionnelles accessibles aux titulaires du diplôme ou du titre d'infirmière graduée ou de bachelière en soins infirmiers, aux titulaires du diplôme de 'verpleegkunde' et aux titulaires du titre ou du brevet d'infirmier s'est étendue à 6 qualifications au 27 septembre 2006 (santé mentale et psychiatrie ; gériatrie ; soins de plaie ; soins palliatifs ; diabétologie ; évaluation et traitement de la douleur). Globalement, les niveaux de formation (hospitalier, bachelier ou spécialisé) se distinguent davantage au niveau de la pensée critique et du jugement clinique qu'en termes de complexité des prestations techniques.

Dans la pratique hospitalière, le législateur fait peu de distinction entre les infirmiers issus de formations différentes, puisque toutes les infirmières, quel que soit leur profil de formation et de compétences assurent les mêmes activités de soins pour tous les patients, et ce, quelle que soit la complexité de leurs besoins. L'agrément des hôpitaux exige néanmoins un quota minimal d'infirmières spécialisées dans les services spécialisés (soins intensifs, urgences, pédiatrie, ...). Au niveau international, on observe une distinction plus franche de l'activité des infirmières en fonction de leur niveau de formation.

En termes de différenciation verticale descendante, le cadre légal belge a récemment autorisé la délégation d'actes infirmiers aux aides-soignantes, dans la mesure où ces actes continuent à relever de la compétence et de la responsabilité de l'infirmière. Les seuls actes infirmiers que peuvent effectuer les aides-soignantes visent essentiellement les soins d'hygiène, l'information, l'accompagnement des patients et de leur famille sur le plan relationnel, la surveillance du patient et l'aide à la prise des médicaments. La différenciation verticale descendante est aussi opérée envers les assistants logistiques, qui travaillent dans les unités de soins ou les services d'urgence pour soutenir l'activité infirmière, pour améliorer le confort des patients et pour réaliser des soins indirects aux patients, ainsi que des tâches administratives en vue de participer au fonctionnement de l'unité de soins sans toutefois pouvoir délivrer d'actes infirmiers.

Dans le cadre de la différenciation verticale ascendante, les fonctions qui se sont développées dans beaucoup d'hôpitaux belges sont celles des infirmières de référence et, de façon plus anecdotique, des infirmières cliniciennes. Notons aussi la création d'assistants radiologues qui effectuent un ensemble d'actes techniques dans les services d'imagerie médicale, aux côtés des infirmières bachelières ou spécialisées en imagerie médicale. Il s'agit de deux titres professionnels obtenus à partir de deux formations distinctes qui aboutissent, ici encore, à l'exercice du même métier.

Alors que les fonctions d'infirmière en pratique avancée (APN) se développent au Québec, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, et plus récemment en France, de telles fonctions n'existent pas en Belgique et ne sont pas inscrites dans les programmes de formation universitaire (tels que la maîtrise ou le doctorat). Accéder à la formation d'infirmière en pratique avancée aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et au Québec nécessite une expérience professionnelle antérieure ou en parallèle et des titres requis.

En conclusion, à l'exception du Royaume-Uni et de la France, tous les pays proposent des formations échelonnées à différents niveaux pour exercer à titre de prestataire de l'art infirmier. Au Royaume-Uni, toute formation est organisée au niveau universitaire ; à l'inverse, en France, toute formation est organisée dans des instituts de formation de niveau supérieur non universitaire. Il n'y a qu'en Belgique que la formation permettant l'accès à la profession infirmière est organisée sur plusieurs niveaux incluant le niveau secondaire supérieur. Alors que dans tous les pays, la tendance est à l'élévation du niveau de formation afin de permettre aux infirmières de mieux répondre aux besoins des patients (aigus et chroniques) et de s'adapter à l'évolution des technologies et des nouveaux modes de prise en charge des patients (collaboration et substitution), en Belgique, on maintient un niveau de formation qui relève toujours de l'enseignement secondaire et la formation universitaire des infirmières n'est pas inscrite à l'agenda des réformes de l'enseignement.

APPLICATIONS POSSIBLES D'UNE DIFFÉRENCIATION DE FONCTION DANS LES HÔPITAUX BELGES

Pour répondre à la quatrième question, une étude de terrain a été conduite. Le protocole de la recherche a été conçu en tenant compte de la méthodologie et des résultats d'une étude précédente sur la complexité des compétences infirmières, conduite en Belgique en 2004. L'objectif principal de l'étude 2004 était d'identifier les compétences infirmières nécessaires à l'administration de soins infirmiers de qualité en regard de la situation du patient. L'objectif secondaire était d'évaluer la complexité de ces compétences afin de les classer par degré de complexité pour chaque secteur de soins et d'envisager les possibilités de différenciation de fonction. Les résultats de cette étude montraient qu'une différenciation de fonction était envisageable dans le contexte belge sans toutefois préciser la nature des activités ou des compétences pouvant faire l'objet d'une différenciation. Toutefois, les professionnels (infirmières et cadres infirmiers) se montraient très réticents envers une possible différenciation de fonction.

L'objectif de la présente recherche est d'inventorier par spécialité, l'ensemble des compétences infirmières requises dans la pratique professionnelle en Belgique et de classer ces compétences par degré de complexité pour chaque spécialité identifiée. La méthodologie utilisée comporte de nombreuses limites, largement évoquées au chapitre précédent. La principale limite tient surtout à l'évaluation de la complexité de la situation et de la complexité des compétences, qui relève de la perception de l'évaluateur et non d'une évaluation objectivée et validée. Ces limites empêcheront l'atteinte des objectifs globaux de la recherche.

Néanmoins, les résultats de la recherche ouvrent le champ des possibilités pour une différenciation de la fonction infirmière en Belgique:

- La plupart des tâches administratives et logistiques, assurées encore par le personnel infirmier, pourraient être assurées par du personnel non infirmier, spécifiquement formé pour la prise en charge de ces tâches de soutien. Dans tous les services étudiés, ces activités sont caractérisées par un très faible niveau de complexité et peuvent donc être attribuées à du personnel moins qualifié. Les assistants logistiques et aides administratives, déjà présents sur le terrain, pourraient voir leur champ d'activités élargi et leur rôle renforcé. Les infirmières devraient déléguer davantage ce type d'activités au profit des activités qui requièrent leur niveau de formation et d'expertise.

- Les soins simples et/ou standardisables nécessitent des compétences peu complexes. Ces soins et activités pourraient être délégués à une aide infirmière. Ce sont les infirmières, formées à évaluer la complexité d'une situation de soins, qui décideraient de déléguer les soins jugés 'simples' à ces aides infirmières. Toutefois, ce profil de fonction nécessiterait une formation idoine permettant l'exécution sécuritaire de ces soins. La formation de ces nouveaux professionnels devrait être spécifique au secteur d'activité, puisqu'il apparaît que les soins simples et/ou standardisables ne sont pas les mêmes en chirurgie, en gériatrie, aux soins intensifs ou au bloc opératoire. L'infirmière reste garante de la qualité et de la cohérence de la prise en charge du patient.
- Le groupe d'activités qui exigent des compétences liées au jugement et à l'expertise clinique sont évaluées comme complexes (font appel à des compétences complexes) voire très complexes (font appel à des compétences très complexes). Ces activités relèvent du champ de compétences de l'infirmière (pour la première catégorie) et de l'infirmière spécialisée (pour la deuxième catégorie). Les compétences liées à la communication relative aux soins et à l'éducation du patient et de sa famille appartiennent à la catégorie des compétences très complexes.

Les infirmières devront acquérir, dans un contexte de délégation, les connaissances et les compétences nécessaires pour déléguer, superviser et encadrer leurs collaborateurs. Il sera nécessaire, par conséquent, d'introduire dans leur formation des modules d'enseignement théorique et pratique visant à les préparer à la délégation des tâches.

Un élément important mis en évidence par l'étude est le caractère spécifique de chaque service en termes de compétences requises. Tous les professionnels qualifiés pour exercer dans le même service devraient intégrer les approches de soins et techniques propres à ce service dans leur pratique.

Références bibliographiques

1. Stordeur S, D'Hoore W, Group NE-S. Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *J Adv Nurs*. 2007;57(1):45-58.
2. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Kuemmerling A, Wittenberg J, Simon M, Conway PM, et al. Nurses' health, age and the wish to leave the profession--findings from the European NEXT-Study. *Med Lav*. 2006;97(2):207-14.
3. Buchan J, Dal Poz MR. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. see comment . Review 41 refs. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(7):575-80.
4. Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. *J Health Serv Res Policy*. 2004;9(Suppl 1):28-38.
5. Stordeur s. Les Magnet Hospitals: modélisation universelle de l'hôpital attractif? In: Kluwer W, editor. *Mémento de l'Art Infirmier*. Waterloo; 2006. p. 25-37.
6. Stordeur S, D'hoore W. Attractivité, Rétention, Implication des Infirmières et Qualité des soins. Bruxelles: Service Public fédéral Santé Publique; 2005.
7. Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. La composition du personnel infirmier: une recherche documentaire. Ottawa: 2004.
8. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes?... adapted and reprinted with permission from the Journal of Health and Human Services Administration, published by the Southern Public Administration Education Foundation Inc. *Journal of Nursing Administration*. 2000;2000 Oct; 30(10):457-65.
9. Sochalski J, Aiken LH, Fagin CM. Hospital restructuring in the United States, Canada, and Western Europe: an outcomes research agenda. Review 61 refs. *Medical Care*. 1997;35(10:Suppl):Suppl-25.
10. Dechant GM. Human resource allocation: Staffing and scheduling. In: Smith JMHaDL, editor. *Nursing leadership and management in Canada*. Toronto; 2006. p. 625-47.
11. Ellis J, Priest A, MacPhee M, Sanchez McCutcheon A, au nom de la FCRSS et de ses partenaires. Allier dotation et sécurité : synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient. Ottawa: 2006. Available from: www.fcrss.ca
12. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières - L'apport d'expériences européennes et canadiennes. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2006.
13. Buchan J, Calman L. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD; 2005 24 Feb 2005. OECD HEALTH WORKING PAPERS
14. Sibbald B, Laurant M, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust*. 2006;185(1):10-2.
15. Fay J, Jones A, Ram F. Primary care based clinics for asthma. 2002. Cochrane Review
16. Smallwood A, Chadwick R. Nurse-initiated thrombolysis in coronary care. *Nursing Standard*. 2000;15:38-40.
17. Nolan J, Nolan M, Booth A. Developing the nurse's role in patient education. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;38:163-73.
18. Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. 2002. Cochrane Review
19. De Broe S, Christopher F, Waugh N. The role of specialist nurses in multiple sclerosis: a rapid and systematic review. *Health Technology Assessment*. 2001;5:1-47.
20. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equal care to doctors. . *BMJ*. 2002;324:819-23.

21. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care Systematic Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(4). 2006(4).
22. Lindley-Jones M, Finlayson BJ. Triage nurse requested x rays--are they worthwhile? *J Accid Emerg Med.* 2000;17(2):103-7.
23. Stables Rh BJ. A randomised controlled trial to compare a nurse practitioner to medical staff in the preparation of patients for diagnostic cardiac catheterisation: the study of nursing intervention in practice (SNIP). *European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology.* 2004(1):53-9.
24. Allison TG, Farkouh ME, Smars PA, Evans RW, Squires RW, Gabriel SE, et al. Management of coronary risk factors by registered nurses versus usual care in patients with unstable angina pectoris (a chest pain evaluation in the emergency room CHEER substudy). *American Journal of Cardiology.* 2000;86(2):133-8.
25. Fitzsimmons D, Hawker SE, Simmonds P, George SL, Johnson CD, Corner JL. Nurse-led models of chemotherapy care: mixed economy or nurse-doctor substitution? *J Adv Nurs.* 2005;50(3):244-52.
26. Smith A, Kane M, Milne R. Prospects for the introduction of non-physician anaesthetists in the United Kingdom: a qualitative analysis of interviews and case studies. *Journal of Advanced Perioperative Care.* 2006;2(3):123-30.
27. Grilli R, Minozzi S, Tinazzi A, Labianca R, Sheldon TA, Liberati A. Do specialists do it better? The impact of specialisation on the processes and outcomes of care for cancer patients. *Annals of Oncology.* 1998;9:365-74.
28. Gardner DL. Issues related to the use of nurse extenders. *Journal of Nursing Administration.* 1991;21(10):40-5.
29. Krapohl G, Larson E. The impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery. *Nursing Economics.* 1996;14:99-112.
30. Spiegel T. Flexible sigmoidoscopy for nurses. *Gastroenterol Nurs.* 1995;18(6):206-9.
31. Pathmakanthan S, Murray I, Smith K, Heeley R, Donnelly M. Nurse endoscopists in United Kingdom health care: A survey of prevalence, skills and attitudes. *J Adv Nurs.* 2001;36(5):705-10.
32. Basnyat P, Gomez K, West J, Davies P, Foster M. Nurse-led direct access endoscopy clinics: The future ? *Surgical Endoscopy.* 2002;16(166-69).
33. Barber P, Martin J, O'Donnell P. The development of the first nurse-led bronchoscopy post in the United Kingdom. *Respiratory Medicine.* 2004;98(6):504-8.
34. Martin J. Developing and implementing the role of the nurse bronchoscopist. *Professional nurse.* 2004;19(6):348-50.
35. Levinthal G, Burke C, Santisi J. The accuracy of an endoscopy nurse in interpreting capsule endoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2003;98(12):2669-71.
36. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. *Advanced Nursing Practice, an integrative approach.* Philadelphia WB Saunders; 2000.
37. McDonald M, Schreiber R, Davis L. *Examen des nouveaux rôles en pratique infirmière avancée.* Ottawa: Association des Infirmières et Infirmiers du Canada; 2005.
38. Costello K, Halper J. *Advanced Practice Nursing in Multiple Sclerosis - Advanced Skills, Advancing Responsibilities.* 2005. Available from: http://www.iomsn.org/pdf/APN_Monograph-2nd_Edition.pdf
39. Sarkissian S W. Effects of the acute care nurse practitioner role on epilepsy monitoring outcomes. *Outcomes management for nursing practice.* 1999(4):161-6.
40. Pelletier D, Duffield C, Adams A, Mitten-Lewis S, Nagy S, Crisp J. The cardiac nurse's role: an Australian Delphi study perspective. *Clinical Nurse Specialist.* 1997;11(6):255-63.

41. Oliver J, Allan F. The implementation of advanced neonatal nurse practitioners into a District General Hospital in Northumberland: impact on practice. *Journal of Neonatal Nursing*. 1998;4(3):28-30.
42. Powell J. Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK. *Journal of Health Service Research and Policy*. 2002;7:177-83.
43. Zwar N, Dennis S, Griffiths R, Perkins D, May J, Hasan I, et al. Optimising skill-mix in the primary health care workforce for the care of older Australians : a systematic review. Canberra: Australian Primary Health Care research Institute; 2007.
44. Unruh L. Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals. *Medical Care*. 2003;41(1):142-52.
45. Unruh L. The effect of LPN reductions on RN patient load. *Journal of Nursing Administration*. 2003;33(4):201-8.
46. Van Delft S. De juiste persoon op de juiste plaats. *Nursing*. 1998(6):23-6.
47. Van der Windt W, Calsbeek H, Talma H, Hingstman L. Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003. Utrecht Elsevier gezondheidszorg; 2003.
48. Bögels L, Frijters M, Kloks M. Senior verpleegkundige: een development center als ontwikkelingsinstrument om in een nieuwe rol te kunnen groeien. *Onderwijs en Gezondheidszorg*. 2006;30 (4):16-20.
49. Van Dam E, Kraayvanger G, Hövels B. Het slagen en falen van functie differentiatie in de verpleging en verzorging, Fase I: toepassing van functiedifferentiatie in ziekenhuizen anno 2003, eindrapport. Nijmegen: 2004.
50. Van Dam E, Kraayvanger G, Van Tol M, Vlaskamp L. Motieven voor invoering zijn divers: functiedifferentiatie in Nederlandse ziekenhuizen. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. 2004;114(5):30-5.
51. Legius M. Advanced nursing practice: praktijken in Nederland. *Tijdschrift kinderverpleegkunde*. 2003;9 (5):14-5.
52. Nijhuis C. Professionele kwaliteit binnen functiedifferentiatie: Streven naar het beste. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. 2002;112(1):44-5.
53. Van de Ven W, Habes V. Gunstige effecten voeren de boventoon: Functiedifferentiatie in het Carolus-Liduinia Ziekenhuis. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. 2002;112(9):26-9.
54. Butler MM, Collins R, Drennan J, Halligan P, O'Mathúna DP, Schultz TJ, et al. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes (Protocol). *The Cochrane Collaboration*, ; 2008.
55. Ringerman ES, Ventura S. An outcomes approach to skill mix change in critical care. *Nursing Management*. 2000;31(10):42-6.
56. Landelijk expertisecentrum voor verpleging en verzorging. Gekwalificeerd voor nieuwe functies. Toelichting op het opleidingsstelsel en functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging. Utrecht: LCVV; 2001.
57. Van de Pasch T. Implementatie stukt vaak: LEVV pakt functiedifferentiatie op. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. 2003;113 (2):9-.
58. Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*. 1998;47(1):43-50.
59. Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. see comment. *BMJ*. 1999;318(7197):1515-20.
60. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, Centor RM, et al. Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. see comment. *Medical Care*. 2004;42(1):4-12.

61. Tourangeau AE, Giovannetti P, Tu JV, Wood M. Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*. 2002;33(4):71-88.
62. Tourangeau AE, Doran DM, McGillis HL, O'Brien PL, Pringle D, Tu JV, et al. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *J.Adv.Nurs*. 2007;57(1):32-44.
63. Estabrooks C, Midodzi W, Cummings G. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*. 2005;2005(2):84.
64. Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003;290(12):1617-23.
65. Unruh LY, Fottler MD, Talbott LL. Improving nurse staffing measures: discharge day measurement in "adjusted patient days of care". *Inquiry*. 2003;40(3):295-304.
66. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987-93.
67. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. 2002;346(22):1715-22.
68. Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS, Kravitz RL. Nurse-patient ratios: a systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 2004;34(7/8):326-37.
69. Lankshear A, Sheldon T, Maynard A. Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*. 2005;2005(2):74.
70. Mark BA, Harless DW, McCue M. The impact of HMO penetration on the relationship between nurse staffing and quality. *Health Economics*. 2005;14(7):737-53.
71. Jiang HJ, Stocks C, Wong CJ. Disparities between two common data sources on hospital nurse staffing. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006;2006 2nd Quarter; 38(2):187-93.
72. Kane R, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. Nurse Staffing and Quality of Patient Care. 2007. Available from: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf>
73. Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. Review 103 refs. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(1):73-82.
74. Blegen MA, Vaughn T. A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics*. 1998;16(4):196-203.
75. Seago JA, Williamson A, Atwood C. Longitudinal analyses of nurse staffing and patient outcomes: more about failure to rescue. *Journal of Nursing Administration*. 2006;36(1):13-21.
76. Kovner C, Jones C, Zhan C, Gergen PJ, Basu J. Nurse staffing and postsurgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996. *Health Services Research*. 2002;37(3):611-29.
77. Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image - the Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(4):315-21.
78. Cho S, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith DG. The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. *Nursing Research*. 2003;52(2):71-9.
79. Hickam DH. The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety. 2003. (290-97-0018-10)
80. Curtin LL. An integrated analysis of nurse staffing and related variables: effects on patient outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2003;30(3):9.
81. Degroot HA. Patient classification systems and staffing: Part I, problems and promise. *JONA*. 1994;24(9):43-51.

82. Seago JA. Nurse staffing, models of care, and interventions. Washington, DC: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001. Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices
83. Seago JA. A comparison of two patient classification instruments in an Acute care hospital. *JONA*. 2002;32(5):243-49.
84. O'Brien-Pallas L, Thomson D, McGillis Hall L, Pink G, Kerr M, Wang S, et al. Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance. Toronto: Canadian Health Services Research Foundation; 2004.
85. Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ, Lipsett PA. ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Medicine*. 2000;26(12):1857-62.
86. Dimick JB, Swoboda SM, Pronovost PJ, PA. L. Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *Am J Crit Care*. 2001;10(6):376-82.
87. Kenney PA. Maintaining quality care during a nursing shortage using licensed practical nurses in acute care. *J.Nurs.Care Qual*. 2001;15(4):60-8.
88. Binnekade JM, Vroom MB, Mol de VA, Haan de RJ. The Quality of intensive care nursing before, during, and after the introduction of nurses without ICU-training. *Heart & Lung*. 2003;32 (3):190-6.
89. McGillis HL. Nursing staff mix models and outcomes. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;44(2):217-26.
90. Tourangeau Ae WP. Evaluation of a partnership model of care delivery involving registered nurses and unlicensed assistive personnel. *Canadian journal of nursing leadership*. 1999(2):4-20.
91. Sovie MD, Jawad AF. Hospital restructuring and its impact on outcomes: nursing staff regulations are premature. *Journal of Nursing Administration*. 2001;31(12):588-600.
92. Shaw M. Readmissions of elderly patients advanced practice nurses reduced hospital discharge. *Evid. Based Nurs*. 1999;2:125.
93. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(5):674-85.
94. McGillis HL, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L, et al. Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Medical Care*. 2003;41(9):1096-109.
95. McKenna H, Hasson F. A study of skill mix issues in midwifery: a multimethod approach. *J Adv Nurs*. 2002;37(1):52-61.
96. Keeney S, Hasson F, McKenna H, Gillen P. Nurses', midwives' and patients' perceptions of trained health care assistants. *J Adv Nurs*. 2005;50(4):345-55.
97. Bekendam-Pardoel V, Luiten C. Aanzienlijke werklastereductie voor verpleegkundigen mogelijk: functiedifferentiatie op een dialyseafdeling. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. 2002;112 (11):40-3.
98. Den Boer P, H'vvels B. Loopbaanwensen in de zorg vooral gericht op specialisatie. *Onderwijs en Gezondheidszorg*. 2003;27(5):12-4.
99. Leverment Y, Ackers P, Preston D. Professionals in the NHS – a case study of business process re-engineering. *New Technology, Work and Employment* 1998;13:129-39.
100. Spilsbury K, Meyer J. Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting. *J Nursing Management*. 2004;2004(6):8.
101. Adams A, Lugsden E, Chase J, Arber S, Bond S. Skill-mix changes and work intensification in nursing. *Work, Employment and Society*. 2000;14:541-55.
102. Orne RM, Garland D, O'Hara M, Perfetto L, Stielau J. Caught in the cross fire of change: nurses' experience with unlicensed assistive personnel. *Appl Nurs Res*. 1998;11(3):101-10.

103. Norrish BR. The impact of hospital restructuring on the work of registered nurses. Berkeley: University of California 1999.
104. Norrish BR. Research abstract. The impact of hospital restructuring on the work of registered nurses. *Nursing Administration Quarterly*. 2001;25(3):87-9.
105. Foole P. Functiedifferentiatie: een toekomst die nu om actie vraagt. *Nursing*. 1996;27-8.
106. Sermeus W. Blauwdruk voor een verpleegkundige beleidsstrategie. *Acta Hospitalia*. 1998(4):83-103.
107. Mens M. De krapte op de arbeidsmarkt vraagt creatieve oplossingen: functiedifferentiatie in het licht van integrerende verpleegkunde. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. 1999(3):80-2.
108. Visser M, Boumans NPG. Functiedifferentiatie en patientgericht verplegen in een perifere ziekenhuis. *Verpleegkunde*. 2002;17 (2):65-75.
109. De Graaf T. Kunnen IV en functiedifferentiatie samen? *Tijdschrift voor verpleegkundigen*. 1995;105(13-14):406-11.
110. Lynn MM, Achtmeyer C, Chavez C, Zicafoose B, Therien J. The evolving role of advanced practice nursing within the new Veteran's Health Administration. *Health Care Management Review*. 1999;1999 Fall; 24(4):80-93.
111. Edwards M. The health care assistant: usurper of nursing? *Br J Comm Health Nurs*. 1997;10:490-4.
112. Morrison AL, Beckmann U, Durie M, Carless R, Gillies DM. The effects of nursing staff inexperience (NSI) on the occurrence of adverse patient experiences in ICUs. *Aust Crit Care*. 2001;14(3):116-21.
113. Alonso-Echanove J, Edwards JR, Richards MJ, Brennan P, Venezia RA, Keen J, et al. Effect of nurse staffing and antimicrobial-impregnated central venous catheters on the risk for bloodstream infections in intensive care units. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2003;24(12):916-25.
114. McGillis HL, Doran D, Pink GH. Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*. 2004;34(1):41-5.
115. Neisner J, Raymond B. Nurse staffing and care delivery models: A review of the evidence. Oakland: Kaiser Permanente Institute for Health Policy; 2002.
116. Shukla RK, Turner WE. Patients Perception of Care Under Primary and Team Nursing. *Research on Nursing Health*. 1984;7(2):93-9.
117. Thomas L, McColl E, Priest J, Bond S. The Impact of Primary Nursing on Patient Satisfaction. *Nursing Times*. 1996;92(22):36-8.
118. Kangas S, Kee C, McKee-Waddle R. Organizational Factors, Nurses' Job Satisfaction, and Patient Satisfaction with Nursing Care. *JONA*. 1999;29(1):32-42.
119. Myers S. Patient-Focused Care: What Managers Should Know. *Nursing Economics*. 1998;16(4):180-8.
120. McManus SM, Pearson JV. Nursing at a Crossroads: Managing Without Facts. *Health Care Management Rev*. 1993;18(1):79-90.
121. Moffitt GK, Daly PB, Tracey L, Galloway M, Tinstman TC. Patient-Focused Care: Key Principles to Restructuring. *Hosp Health Serv Adm*. 1993;38(4):509-22.
122. Seago JA. Evaluation of a Hospital Work Redesign: Patient-Focused Care. *JONA*. 1999;29(11):31-8.
123. Baker CM, Lamm GM, Winter AR, Robbeloth VB, Ransom CA, Conly F, et al. Differentiated Nursing Practice: Assessing the State-of-the-Science. *Nursing Economics*. 1997;15(5):253-61.
124. Havens DS, Aiken LH. Shaping Systems to Promote Desired Outcomes: The Magnet Hospital Model. *JONA*. 1999;29(2):14-20.

125. McClure ML, Hinshaw AS. Magnet Hospitals revisited : Attraction and Retention of Professional Nurses. Washington: American Nurses Association; 2002.
126. Koehoorn M, Lowe GS, Rondeau KV, Schellenberg G, Wagar T. Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé. Les réseaux canadiens de recherche en politiques publiques; 2002. Document de recherche du Réseau de la main-d'oeuvre W|15
127. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*. 1994;32(8):771-87.
128. Aiken LH, Sloane DM, Sochalski J. Hospital organisation and outcomes. *Quality in Health Care*. 1998;1998 Dec; 7(4):222-6.
129. McClure ML, Poulin MA, Sovie MD, Wandelt MA. Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses. Kansas City: American Nurses Association; 1983.
130. Buchan J. Lessons from America ? US magnet hospitals and their implications for UK nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19:373-84.
131. Kramer M, Schmalenberg C. Essentials of a magnetic work environment, part 1. *Nursing*. 2004;2004(6):4.
132. Kramer M, Schmalenberg C. Essentials of a magnetic work environment: part 2. *Nursing*. 2004;2004 Jul; 34(7):44-7.
133. Kramer M, Schmalenberg C, Maguire P. Essentials of a magnetic work environment: part 3. *Nursing*. 2004;2004 Aug; 34(8):44-7.
134. Nijhuis C. Gekwalificeerd voor nieuwe functies. 2001.
135. Urden LD, Roode JI. Work sampling. A decision-making tool for determining resources and work redesign. *Journal of Nursing Administration*. 1997;27(9):34-41.
136. Cremers A. Nut van functiedifferentiatie en de valkuilen. *Verpleging nu*. 1998;6 (37):18-9.
137. Boumans N, Landeweerd J, Visser M. Differentiated practice, patient-oriented care and quality of work in a hospital in The Netherlands. *Scandinavian J Caring Sciences*. 2004;2004(1):48.
138. Verschueren I. Functiedifferentiatie: de juiste persoon aan je bed. *verpleegkundig kader*. 2004;23 14-7.
139. Wynia E. Effect van functiedifferentiatie op kwaliteit van zorg en arbeid: verslag refereeravond regio Zwolle. *Met verve*. 2001;7 (3):23-4.
140. Jones M. Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *J Advanced Nursing*. 2005;2005(2):209.
141. Lookinland S, Tiedeman ME, Crosson AE. Non traditional models of care delivery: have they solved the problems? *JONA*. 2005;35(2):74-80.
142. Huq Z, Martin T. Workforce cultural factors in TQM/CQI implementation in hospitals. *Health Care Management Rev*. 2000;25(3):80-93.
143. Van den Berg AJ. Zorg op orde, een kwalitatief onderzoek naar de implementatie van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging bij 14 ziekenhuizen in Nederland Maastricht: Universiteit Maastricht; 2005.
144. Nash MG. The effect of work redesign on salary costs, patient satisfaction, quality of care, quality of employee work life, and proportion of nurse-patient contacts. 1997.
145. Norrish BR, Rundall TG. Hospital restructuring and the work of registered nurses. *Review 70 refs. Milbank Quarterly*. 2001;79(1):55-79.
146. Burns JP. Performance improvement with patient service partners. *Journal of Nursing Administration*. 1998;28(1):31-7.
147. Gersch P. Initiating a patient service partner program. *Nurs Manage*. 1996;27(10):46, 8-50.
148. Buchan J, Ball J, O'May F. If changing skill mix is the answer, what is the question? *JHSRP*. 2002;6:233-8.

- (1) Salvage Jane, Heijnen Serge. Nursing in Europe : a resource for better Health. WHO Regional Publications, European Series; 1997.
- (2) Rosier J. Functiedifferentiatie in België: Nieuwe kans voor een dertig jaar oud idee. Tijdschrift voor verpleegkundigen 2003 Jun;113(6):28-33.
- (3) Van De Pasch T., Van Der Veen A. Beroepscompetenties hbo-verpleegkunde beschreven. Tijdschrift voor verpleegkundigen 2001;4:105-6.
- (4) Loi du 10.08.2001 portant des mesures en matière de soins de santé, Loi du 10.08.2001 portant des mesures en matière de soins de santé, (2001).
- (5) Defloor T, Grypdonck M, Verhaeghe S, Gobert M, Darras E. Verpleegkundige competenties. Verslag van een onderzoek ter onderbouwing van functiedifferentiatie in de verpleegkunde. Mechelen: Kluwer; 2004. p. -112p.
- (6) Defloor T, Van Hecke A, Verhaeghe S, Gobert M, Darras E, Grypdonck M. The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. Journal of advanced nursing 2006 Dec;56(6):669-78.
- (7) Gobert M et al. La profession infirmière : essai d'évaluation de la complexité des compétences. Mémento de l'Art infirmier. Kluwer ed. 2005. p. 38-54.
- (8) Zwar N, Hasan I, Harris M, Traynor V. Barriers and facilitators to influenza vaccination among high-risk groups aged less than 65 years - views from general practitioners and practice nurses. Australian & New Zealand Journal of Public Health 2007 Dec;31(6):558-61.
- (9) Sibbald B, Shen J, McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce. J Health Serv Res Policy 2004 Jan;9 Suppl 1:28-38.
- (10) Le Bortef G. De la compétence à la navigation professionnelle. Editions des organisations ed. 1997.
- (11) Ramritu PL, Barnard A. New nurse graduates' understanding of competence. International Nursing Review 2001;48:47-57.
- (12) Pool A. Met het oog op de toekomst: beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. 2001.
- (13) Marchal A, Psiuk T. Le paradigme de la discipline infirmière en France. Paris: 2002.
- (14) Bloom B.S. Taxonomy of Educational Objectives : the Classification of Educational Goals. Montreal: 1966.
- (15) Krathwohl D.R. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: 1970.
- (16) Nadeau M.C. *L'évaluation de programme: théorie et pratique*. Quebec: 1998.
- (17) Howell DC. Méthodes statistiques en sciences humaines. deuxième édition ed. Paris: 1999.
- (18) Altman DG. Practical statistics for medical research. 9th edition ed. London: 1999.
- (19) Iowa Intervention Project Research Team. NIC Interventions linked to NOC Outcomes. Center for Nursing Classification ed. The University of Iowa; 1998.
- (20) DeVellis R. Scale development: Theory and applications. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1991.
- (21) DeVellis R. Scale development: Theory and applications. 2nd edition ed. Newbury Park, CA: Sage Publications; 2003.

Annexes Chapitre 2

I ANNEXES REVUE DE LITTÉRATURE

I.1 SEARCH STRATEGY

Author	Berckmans Gobert
Name	
Project number	2006-22
Project name	Différenciation des fonctions infirmières
Keywords	

I.1.1 Recherche par élaboration d'une équation de recherche :

I.1.1.1 *Medline*

Date	15/02/2007
Database	Ovid MEDLINE(R) <1996 to February Week 1 2007>
Search Strategy	<p>1 Oncologic Nursing/ or Specialties, Nursing/ or Nursing/ or Nursing, Team/ or Maternal-Child Nursing/ or Community Health Nursing/ or Clinical Nursing Research/ or Orthopedic Nursing/ or Neonatal Nursing/ or Obstetrical Nursing/ or Perioperative Nursing/ or Psychiatric Nursing/ or Emergency Nursing/ or Geriatric Nursing/ or Postanesthesia Nursing/ or Pediatric Nursing/ or Operating Room Nursing/ (39453)</p> <p>2 Nursing Staff/ (7810)</p> <p>3 Nursing Staff, Hospital/ (11568)</p> <p>4 Caregivers/ (8327)</p> <p>5 exp Nurses/ (24504)</p> <p>6 1 or 2 or 3 or 4 or 5 (81554)</p> <p>7 Clinical Competence/ (24407)</p> <p>8 Professional Competence/ (8498)</p> <p>9 Professional Autonomy/ (4745)</p> <p>10 Nursing Care/ (4970)</p> <p>11 Professional Practice/ (4181)</p> <p>12 Job Description/ (5914)</p> <p>13 Professional Role/ (2487)</p> <p>14 Nurse's Role/ (15929)</p> <p>15 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (62440)</p> <p>16 "Personnel Staffing and Scheduling"/ (5390)</p> <p>17 Staff Development/ (2889)</p> <p>18 Models, Organizational/ (7276)</p> <p>19 Career Mobility/ (3920)</p> <p>20 Job Application/ (896)</p> <p>21 Nursing Process/ (1661)</p> <p>22 Personnel Delegation/ (144)</p> <p>23 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 (21184)</p> <p>24 Hospitals, Rural/ or Hospitals, Federal/ or Hospitals, University/ or Hospitals, Satellite/ or Hospitals, Psychiatric/ or Hospitals/ or Hospitals, Special/ or Hospitals, Private/ or Hospitals, Urban/ or Hospitals, Teaching/ or Hospitals, District/ or Hospitals, Veterans/ or Hospitals, Community/ or Hospitals, Municipal/ or Hospitals, Pediatric/ or Hospitals, Religious/ or Hospitals, General/ or Hospitals, State/ or Hospitals, Maternity/ or Hospitals, Public/ or Hospitals, County/ (43288)</p> <p>25 15 and 23 (4392)</p> <p>26 25 and 6 (2170)</p> <p>27 26 and 24 (141)</p>
Note	

1.1.1.2 CINAHL :

Date	20/02/2007
Database	Ovid CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature <1982 to February Week 2 2007>
Search Strategy	<p>1 Clinical Competence/ (7011)</p> <p>2 Professional Competence/ (3841)</p> <p>3 Nursing Skills/ (1400)</p> <p>4 Professional Autonomy/ (1584)</p> <p>5 Professional Regulation/ (1832)</p> <p>6 Professional Practice/ (3423)</p> <p>7 exp Nursing Practice/ (23129)</p> <p>8 professional practice, evidence-based/ or nursing practice, evidence-based/ or nursing practice, research-based/ (8147)</p> <p>9 Job Description/ (2057)</p> <p>10 Nursing Role/ (19451)</p> <p>11 *Nursing Care/ (5896)</p> <p>12 Professional Role/ (7350)</p> <p>13 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 (73742)</p> <p>14 "Personnel Staffing and Scheduling"/ (7472)</p> <p>15 Staff Development/ (9797)</p> <p>16 Organizational Structure/ (2519)</p> <p>17 Career Mobility/ (1792)</p> <p>18 Professional Development/ (5835)</p> <p>19 Careers in Nursing/ (2599)</p> <p>20 Organizational Structure/ (2519)</p> <p>21 exp Organizational Restructuring/ (1946)</p> <p>22 career mobility/ or clinical ladder/ (2348)</p> <p>23 "Career Planning and Development"/ (5331)</p> <p>24 Job Application/ (606)</p> <p>25 nursing process/ or nursing care plans/ or nursing interventions/ (5663)</p> <p>26 exp Skill Mix/ (1125)</p> <p>27 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 (42360)</p> <p>28 NEONATAL NURSING/ or PERINATAL NURSING/ or PERIOPERATIVE NURSING/ or ADVANCED NURSING PRACTICE/ or PEDIATRIC NURSING/ or EMERGENCY NURSING/ or CORONARY CARE NURSING/ or CRITICAL CARE NURSING/ or SPECIALTIES, NURSING/ or PEDIATRIC CRITICAL CARE NURSING/ or GEROPSYCHIATRIC NURSING/ or PEDIATRIC ONCOLOGY NURSING/ or NEUROSCIENCE NURSING/ or NEONATAL INTENSIVE CARE NURSING/ or OBSTETRIC NURSING/ or ANESTHESIA NURSING/ or NEPHROLOGY NURSING/ or TEAM NURSING/ or MEDICAL-SURGICAL NURSING/ or ORTHOPEDIC NURSING/ or NURSING AS A PROFESSION/ or GYNECOLOGIC NURSING/ or ONCOLOGIC NURSING/ or UROLOGIC NURSING/ or TRAUMA NURSING/ or RADIOLOGICAL NURSING/ or GERONTOLOGIC NURSING/ or PERIANESTHESIA NURSING/ or MATERNAL-CHILD NURSING/ or CARDIOVASCULAR NURSING/ or PSYCHIATRIC NURSING/ or GASTROENTEROLOGY NURSING/ (83443)</p> <p>29 nurses/ or advanced practice nurses/ or clinical nurse specialists/ or nurse anesthetists/ or nurse practitioners/ or acute care nurse practitioners/ or adult nurse practitioners/ or pediatric nurse practitioners/ or neonatal nurse practitioners/ or staff nurses/ or emergency nurse practitioners/ or gerontologic nurse practitioners/ or nurse midwives/ or rn first assistants/ or expert nurses/ or registered nurses/ (51612)</p> <p>30 Nursing Staff, Hospital/ (6952)</p> <p>31 28 or 29 or 30 (133395)</p> <p>32 exp Hospitals/ (26765)</p> <p>33 13 and 27 (6328)</p> <p>34 31 and 33 (2359)</p> <p>35 32 and 34 (193)</p>
Note	

1.1.1.3 BNI

Date	20/02/2007
Database	Ovid British Nursing Index <1994 to January 2007>
Search Strategy	<ol style="list-style-type: none"> 1 nursing care/ (882) 2 "models and theories"/ (2411) 3 nursing role/ (2219) 4 Nursing Profession/ (1257) 5 Practice Nursing/ (1316) 6 1 or 2 or 3 or 4 or 5 (7533) 7 Nursing Process/ (50) 8 Professional Development/ (2981) 9 Change Management/ (438) 10 Practice Development/ (157) 11 management theory/ or health service management/ or nursing management/ or personnel management/ or resource management/ or unit management/ (2589) 12 Ward Organisation/ (395) 13 Skill Mix/ (225) 14 "careers and career planning"/ (886) 15 "care plans and planning"/ (1043) 16 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 (8202) 17 Intensive Care Nursing/ or Anaesthetic Nursing/ or Surgical Nursing/ or Neonatal Nursing/ or "Accident and Emergency Nursing"/ or Heart Disorders Nursing/ or Nursery Nursing/ or Cancer Nursing/ or Paediatric Nursing/ or Gynaecological Nursing/ or Orthopaedic Nursing/ or Nursing Profession/ or Terminal Care Nursing/ or Nursing/ or Elderly Nursing/ or Psychiatric Nursing/ (10163) 18 Nurse Specialist/ (1168) 19 Nurse Practitioner/ (1262) 20 17 or 18 or 19 (11969) 21 hospital?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (6685) 22 6 and 16 (676) 23 20 and 22 (183) 24 21 and 23 (12)
Note	<p>Il n'y a pas de terme du thésaurus du British Nursing Index qui correspondait à « Hospital » dans le sens du milieu hospitalier. Nous avons donc procédé à une recherche par mot clé pour ce terme.</p> <p>Vu qu'un nombre relativement restreint de références ont été trouvé, et que la faible qualité du thésaurus du British Nursing Index, nous avons décider de procéder à une recherche par mots clé dans cette base de donnée.</p>

Date	20/02/2007
Database	Ovid British Nursing Index <1994 to January 2007>
Search Strategy	1 clinical skill?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (114) 2 competence?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (444) 3 skill?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (2401) 4 professional autonomy.mp. [mp=title, abstract, heading words] (14) 5 nursing care?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (2010) 6 nurs\$ role?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (2959) 7 nurs\$ model?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (90) 8 professional practice?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (165) 9 job description?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (21) 10 professional role?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (50) 11 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 (7743) 12 process.mp. [mp=title, abstract, heading words] (2497) 13 development.mp. [mp=title, abstract, heading words] (11891) 14 staffing.mp. [mp=title, abstract, heading words] (959) 15 organisation?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (2297) 16 skill mix.mp. [mp=title, abstract, heading words] (289) 17 staff mix.mp. [mp=title, abstract, heading words] (5) 18 career?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (1525) 19 management?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (13288) 20 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 (29087) 21 nurse?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (26570) 22 nursing.mp. [mp=title, abstract, heading words] (31569) 23 nurse? practitioner?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (1473) 24 nurse? clinician?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (20) 25 clinical nurse?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (358) 26 21 or 22 or 23 or 24 or 25 (42459) 27 hospital?.mp. [mp=title, abstract, heading words] (6685) 28 11 and 20 (2554) 29 26 and 28 (2140) 30 27 and 29 (190)
Note	

1.1.1.4 All EBM Reviews - Cochrane CDSR, ACP Journal Club, DARE, and CCTR

Date	20/02/2007
Database	Ovid All EBM Reviews - Cochrane CDSR, ACP Journal Club, DARE, and CCTR
Search Strategy	<p>1 skill?.ab,hw,kw,ti. (4709)</p> <p>2 competence?.ab,hw,kw,ti. (1374)</p> <p>3 professional autonomy.ab,hw,kw,ti. (19)</p> <p>4 nurs\$ care?.ab,hw,kw,ti. (493)</p> <p>5 nurs\$ role?.ab,hw,kw,ti. (127)</p> <p>6 nurs\$ model?.ab,hw,kw,ti. (9)</p> <p>7 professional practice?.ab,hw,kw,ti. (107)</p> <p>8 job description?.ab,hw,kw,ti. (34)</p> <p>9 professional role?.ab,hw,kw,ti. (25)</p> <p>10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (6373)</p> <p>11 process.ab,hw,kw,ti. (6894)</p> <p>12 development.ab,hw,kw,ti. (14450)</p> <p>13 organisation?.ab,hw,kw,ti. (412)</p> <p>14 skill mix.ab,hw,kw,ti. (11)</p> <p>15 staff mix.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>16 career?.ab,hw,kw,ti. (144)</p> <p>17 managment?.ab,hw,kw,ti. (11)</p> <p>18 staffing.ab,hw,kw,ti. (97)</p> <p>19 11 or 12 or 13 or 14 or 16 or 17 or 18 (21363)</p> <p>20 nurs\$.ab,hw,kw,ti. (8519)</p> <p>21 hospital?.ab,hw,kw,ti. (27011)</p> <p>22 10 and 19 (1088)</p> <p>23 20 and 22 (212)</p> <p>24 21 and 23 (77)</p>
Note	<p>Nous avons volontairement limiter la recherche par mots clés aux domaines suivant : abstract, titre, et mots clés.</p> <p>Nous avons investiguer les bases de données suivantes : Cochrane CDSR, ACP Journal Club, DARE, et CCTR, simultanément avec des mots clés correspondant à notre sujet. Toutefois nous montrons, dans les tableaux suivants, les différents résultats obtenus avec cette même recherche dans ces différentes bases de données prises séparément.</p>

Date	20/02/2007
Database	Ovid EBM Reviews - ACP Journal Club <1991 to January/February 2007>
Search Strategy	1 skill?.ab,hw,kw,ti. (23) 2 competence?.ab,hw,kw,ti. (5) 3 professional autonomy.ab,hw,kw,ti. (0) 4 nurs\$ care?.ab,hw,kw,ti. (10) 5 nurs\$ role?.ab,hw,kw,ti. (0) 6 nurs\$ model?.ab,hw,kw,ti. (0) 7 professional practice?.ab,hw,kw,ti. (6) 8 job description?.ab,hw,kw,ti. (0) 9 professional role?.ab,hw,kw,ti. (0) 10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (42) 11 process.ab,hw,kw,ti. (38) 12 development.ab,hw,kw,ti. (291) 13 organisation?.ab,hw,kw,ti. (8) 14 skill mix.ab,hw,kw,ti. (0) 15 staff mix.ab,hw,kw,ti. (0) 16 career?.ab,hw,kw,ti. (0) 17 managment?.ab,hw,kw,ti. (0) 18 staffing.ab,hw,kw,ti. (1) 19 11 or 12 or 13 or 14 or 16 or 17 or 18 (333) 20 nurs\$.ab,hw,kw,ti. (206) 21 hospital?.ab,hw,kw,ti. (953) 22 10 and 19 (6) 23 20 and 22 (4) 24 21 and 23 (1)
Note	

Date	20/02/2007
Database	Ovid EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <1st Quarter 2007>
Search Strategy	1 skill?.ab,hw,kw,ti. (4623) 2 competence?.ab,hw,kw,ti. (1340) 3 professional autonomy.ab,hw,kw,ti. (17) 4 nurs\$ care?.ab,hw,kw,ti. (469) 5 nurs\$ role?.ab,hw,kw,ti. (119) 6 nurs\$ model?.ab,hw,kw,ti. (9) 7 professional practice?.ab,hw,kw,ti. (79) 8 job description?.ab,hw,kw,ti. (34) 9 professional role?.ab,hw,kw,ti. (21) 10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (6199) 11 process.ab,hw,kw,ti. (6689) 12 development.ab,hw,kw,ti. (13862) 13 organisation?.ab,hw,kw,ti. (264) 14 skill mix.ab,hw,kw,ti. (6) 15 staff mix.ab,hw,kw,ti. (0) 16 career?.ab,hw,kw,ti. (143) 17 managment?.ab,hw,kw,ti. (10) 18 staffing.ab,hw,kw,ti. (93) 19 11 or 12 or 13 or 14 or 16 or 17 or 18 (20456) 20 nurs\$.ab,hw,kw,ti. (8069) 21 hospital?.ab,hw,kw,ti. (25503) 22 10 and 19 (1032) 23 20 and 22 (189) 24 21 and 23 (67)
Note	

Date	20/02/2007
Database	Ovid EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <4th Quarter 2006>
Search Strategy	<p>1 skill?.ab,hw,kw,ti. (47)</p> <p>2 competence?.ab,hw,kw,ti. (6)</p> <p>3 professional autonomy.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>4 nurs\$ care?.ab,hw,kw,ti. (6)</p> <p>5 nurs\$ role?.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>6 nurs\$ model?.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>7 professional practice?.ab,hw,kw,ti. (17)</p> <p>8 job description?.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>9 professional role?.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (72)</p> <p>11 process.ab,hw,kw,ti. (85)</p> <p>12 development.ab,hw,kw,ti. (247)</p> <p>13 organisation?.ab,hw,kw,ti. (95)</p> <p>14 skill mix.ab,hw,kw,ti. (5)</p> <p>15 staff mix.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>16 career?.ab,hw,kw,ti. (1)</p> <p>17 managment?.ab,hw,kw,ti. (1)</p> <p>18 staffing.ab,hw,kw,ti. (1)</p> <p>19 11 or 12 or 13 or 14 or 16 or 17 or 18 (399)</p> <p>20 nurs\$.ab,hw,kw,ti. (103)</p> <p>21 hospital?.ab,hw,kw,ti. (426)</p> <p>22 10 and 19 (36)</p> <p>23 20 and 22 (11)</p> <p>24 21 and 23 (6)</p>
Note	

Date	20/02/2007
Database	Ovid EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects <1st Quarter 2007>
Search Strategy	<p>1 skill?.ab,hw,kw,ti. (16)</p> <p>2 competence?.ab,hw,kw,ti. (23)</p> <p>3 professional autonomy.ab,hw,kw,ti. (2)</p> <p>4 nurs\$ care?.ab,hw,kw,ti. (8)</p> <p>5 nurs\$ role?.ab,hw,kw,ti. (8)</p> <p>6 nurs\$ model?.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>7 professional practice?.ab,hw,kw,ti. (5)</p> <p>8 job description?.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>9 professional role?.ab,hw,kw,ti. (4)</p> <p>10 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (60)</p> <p>11 process.ab,hw,kw,ti. (82)</p> <p>12 development.ab,hw,kw,ti. (50)</p> <p>13 organisation?.ab,hw,kw,ti. (45)</p> <p>14 skill mix.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>15 staff mix.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>16 career?.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>17 managment?.ab,hw,kw,ti. (0)</p> <p>18 staffing.ab,hw,kw,ti. (2)</p> <p>19 11 or 12 or 13 or 14 or 16 or 17 or 18 (175)</p> <p>20 nurs\$.ab,hw,kw,ti. (141)</p> <p>21 hospital?.ab,hw,kw,ti. (129)</p> <p>22 10 and 19 (14)</p> <p>23 20 and 22 (8)</p> <p>24 21 and 23 (3)</p>
Note	

1.1.1.5 EMBASE

Date	20/02/2007
Database	EMBASE
Search Strategy	<p>1 'clinical competence'/de AND [1996-2007]/py (3,227)</p> <p>2 'nursing competence'/de AND [1996-2007]/py (87)</p> <p>3 'evidence based nursing'/de AND [1996-2007]/py (37)</p> <p>4 'nursing care'/de AND [1996-2007]/py (908)</p> <p>5 'nursing care plan'/de AND [1996-2007]/py (18)</p> <p>6 'nursing expertise'/de AND [1996-2007]/py (15)</p> <p>7 'nursing intervention'/de AND [1996-2007]/py (33)</p> <p>8 'nursing practice'/de AND [1996-2007]/py (333)</p> <p>9 'nursing role'/de AND [1996-2007]/py (30)</p> <p>10 'scope of practice'/de AND [1996-2007]/py (9)</p> <p>11 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 (4,476)</p> <p>12 'skill mix'/de AND [1996-2007]/py (7)</p> <p>13 'nursing management'/de AND [1996-2007]/py (39)</p> <p>14 'nursing career'/de AND [1996-2007]/py (20)</p> <p>15 'nursing organization'/de AND [1996-2007]/py (137)</p> <p>16 'nursing process'/de AND [1996-2007]/py (247)</p> <p>17 'nursing protocol'/de AND [1996-2007]/py (5)</p> <p>18 'personnel management'/de AND [1996-2007]/py (20,811)</p> <p>19 'health care personnel management'/de AND [1996-2007]/py (48)</p> <p>20 'organization and management'/de AND [1996-2007]/py (114,282)</p> <p>21 'organizational restructuring'/de AND [1996-2007]/py (11)</p> <p>22 'career mobility'/de AND [1996-2007]/py (454)</p> <p>23 'nursing career'/de AND [1996-2007]/py (20)</p> <p>24 'professional delegation'/de AND [1996-2007]/py (253)</p> <p>25 #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 (127,429)</p> <p>26 'advanced practice nursing'/de AND [1996-2007]/py (9)</p> <p>27 'clinical nurse specialist'/de AND [1996-2007]/py (42)</p> <p>28 'anesthesia nursing'/de AND [1996-2007]/py (6)</p> <p>29 'oncology nursing'/de AND [1996-2007]/py (417)</p> <p>30 'cardiovascular nursing'/de AND [1996-2007]/py (5)</p> <p>31 'clinical nursing research'/de AND [1996-2007]/py (252)</p> <p>32 'intensive care nursing'/de AND [1996-2007]/py (42)</p> <p>33 'emergency nursing'/de AND [1996-2007]/py (367)</p> <p>34 'gastroenterology nursing'/de AND [1996-2007]/py (2)</p> <p>35 'geriatric nursing'/de AND [1996-2007]/py (651)</p> <p>36 'psychogeriatric nursing'/de AND [1996-2007]/py (5)</p> <p>37 'gynecologic nursing'/de AND [1996-2007]/py (3)</p> <p>38 'psychiatric nursing'/de AND [1996-2007]/py (559)</p> <p>39 'newborn intensive care nursing'/de AND [1996-2007]/py (3)</p> <p>40 'newborn nursing'/de AND [1996-2007]/py (198)</p> <p>41 'nursing as a profession'/de AND [1996-2007]/py (11)</p> <p>42 'neuroscience nursing'/de AND [1996-2007]/py (2)</p> <p>43 'nephrology nursing'/de AND [1996-2007]/py (6)</p> <p>44 'nursing'/de AND [1996-2007]/py (81,811)</p> <p>45 'nursing staff'/de AND [1996-2007]/py (19,188)</p> <p>46 'obstetrical nursing'/de AND [1996-2007]/py (74)</p> <p>47 'oncology nursing'/de AND [1996-2007]/py (417)</p> <p>48 'orthopedic nursing'/de AND [1996-2007]/py (27)</p> <p>49 'palliative nursing'/de AND [1996-2007]/py (5)</p> <p>50 'pediatric intensive care nursing'/de AND [1996-2007]/py (3)</p> <p>51 'pediatric nursing'/de AND [1996-2007]/py (553)</p> <p>52 'pediatric oncology nursing'/de AND [1996-2007]/py (1)</p> <p>53 'perioperative nursing'/de AND [1996-2007]/py (211)</p> <p>54 'postanesthesia nursing'/de AND [1996-2007]/py (63)</p> <p>55 'nephrology nursing'/de AND [1996-2007]/py (6)</p>

	<p>56 'surgical nursing'/de AND [1996-2007]/py (6)</p> <p>57 'emergency nurse practitioner'/de AND [1996-2007]/py (33)</p> <p>58 'nurse practitioner'/de AND [1996-2007]/py (7,055)</p> <p>59 'gerontologic nurse practitioner'/de AND [1996-2007]/py (1)</p> <p>60 'neonatal nurse practitioner'/de AND [1996-2007]/py (2)</p> <p>61 'pediatric nurse practitioner'/de AND [1996-2007]/py (9)</p> <p>62 'nurse'/de AND [1996-2007]/py (25,987)</p> <p>63 'nurse anesthetist'/de AND [1996-2007]/py (92)</p> <p>64 #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 (117,203)</p> <p>65 'hospital'/de AND [1996-2007]/py (20,504)</p> <p>66 'community hospital'/de AND [1996-2007]/py (3,858)</p> <p>67 'general hospital'/de AND [1996-2007]/py (4,323)</p> <p>68 'geriatric hospital'/de AND [1996-2007]/py (492)</p> <p>69 'non profit hospital'/de AND [1996-2007]/py (1,569)</p> <p>70 'pediatric hospital'/de AND [1996-2007]/py (2,492)</p> <p>71 'private hospital'/de AND [1996-2007]/py (2,859)</p> <p>72 'public hospital'/de AND [1996-2007]/py (8,124)</p> <p>73 'teaching hospital'/de AND [1996-2007]/py (7,499)</p> <p>74 #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 (48,279)</p> <p>75 #11 AND #25 (1,313)</p> <p>76 #64 AND #75 (732)</p> <p>77 #74 AND #76 (51)</p>
Note	

1.1.2 Recherche par mots clé « Skill-mix »

1.1.2.1 Medline

Date	22/01/2007
Database	Medline
Search Strategy	<p>1 Nursing Staff/ or "Personnel Staffing and Scheduling"/ or Nursing Staff, Hospital/ or Job Description/ or Clinical Competence/ (48385)</p> <p>2 Hospitals/ma, ut, st [Manpower, Utilization, Standards] (2293)</p> <p>3 1 and 2 (96)</p> <p>4 3 keep 1-2,5,12-13,16-17,19,22,25,27,35-36,40-41,43,46,48-50,58,60,63-65,67,70-71,73,75,78,80,82-83,93,95-96 (37)</p>
Note	

Date	29/01/2007
Database	Medline # Ovid MEDLINE (R) 1996 to January Week 3 2007
Search Strategy	<p>1 skill mix.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] (212)</p> <p>2 hospital.mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word, subject heading word] (242396)</p> <p>3 1 and 2 (94)</p> <p>4 from 3 1, 6, 8-9, 13, 16, 20-21...(30)</p>
Note	

1.1.2.2 CINAHL et BNI

Date	22/01/2007
Database	CINAHL 1982 to December Week 2 2006
Search Strategy	1 skill mix.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation] (598) 2 hospital.mp. [mp=title, subject heading word, abstract, instrumentation] (67704) 3 1 and 2 (128) 4 From 3 keep 3-6, 8-9, 14-23, 26-28, 31-32, 36-42...(89)
Note	

Date	22/01/2007
Database	CINAHL et BNI Archive, CINAHL
Search Strategy	1 Nursing Staff/ or "Personnel Staffing and Scheduling"/ or Nursing Staff, Hospital/ or Job Description/ or Clinical Competence/ (22024) 2 Hospitals/ma, ut, st [Manpower, Utilization, Standards] (418) 3 1 and 2 (32) 4 from 3 keep 1-2,14-19,22-27 (14)
Note	

Date	22/01/2007
Database	BNI and Archive 1985 to January 2007
Search Strategy	1 skill mix.mp. [mp=ti, ab, hw] (401) 2 hospital.mp. [mp=ti, ab, hw] (11038) 3 1 and 2 (33) 4 from 3 keep 4-7, 9-11, 15-21, 24-33 (24)
Note	

1.1.2.3 EBM Reviews - Cochrane CDSR, ACP Journal Club, DARE, and CCTR

Date	09/02/2007
Database	All EBM Reviews - Cochrane CDSR, ACP Journal Club, DARE, and CCTR
Search Strategy	1 Nursing Staff/ or "Personnel Staffing and Scheduling"/ or Nursing Staff, Hospital/ or Job Description/ or Clinical Competence/ (975) 2 hospital.ab,ti. (22449) 3 1 and 2 (170) 4 from 3 keep 49, 53, 58, 60, 70, 85-86... (16)
Note	

Date	23/01/2007
Database	All EBM Reviews - Cochrane CDSR, ACP Journal Club, DARE, and CCTR
Search Strategy	1 skill mix.mp. [mp=ti, ot, ab, tx, kw, ct, sh, hw] (21) 2 from 1 keep 2 (1) 3 4
Note	

1.1.2.4 HTA

Date	07/03/2007
Database	HTA
Search Strategy	1 skill mix (1)
Note	

Date	07/03/2007
Database	HTA
Search Strategy	grade mix (0)
Note	

Date	07/03/2007
Database	HTA
Search Strategy	staff mix (2)
Note	

Date	07/03/2007
Database	HTA
Search Strategy	staffing mix (0)
Note	

1.1.2.5 NHS EED

Date	07/03/2007
Database	NHS EED
Search Strategy	skill mix (3)
Note	

Date	07/03/2007
Database	NHS EED
Search Strategy	grade mix (5)
Note	

Date	07/03/2007
Database	NHS EED
Search Strategy	staff mix (4)
Note	

Date	07/03/2007
Database	NHS EED
Search Strategy	staffing mix (1)
Note	

1.1.2.6 Invert :

Date	22/02/2007
Database	Invert
Search Strategy	functiedifferentiatie in titel of als trefwoord (199)
Note	

I.2 DEFINITION DES TERMES DES DIFFÉRENTS THÉSAURUS UTILISÉ :

I.2.1 Descripteurs MeSH

Table 2.1 : [Descripteurs MESH]

Subject Heading	Scope	Used for
CAREER MOBILITY Y.E. 74	The upward or downward mobility in an occupation or the change from one occupation to another.	Career ladders clinical ladders job ladders clinical ladder ladder, clinical ladders, clinical
CAREGIVERS Y.E. 92	Persons who provide care to those who need supervision or assistance in illness or disability. They may provide the care in the home, in a hospital, or in an institution. Although caregivers include trained medical, nursing, and other health personnel, the concept also refers to parents, spouses, or other family members, friends, members of the clergy, teachers, social workers, fellow patients, etc.	family caregivers spouse caregivers care givers
CLINICAL COMPETENCE Y.E. 75	The capability to perform acceptably those duties directly related to patient care.	clinical skills competence, clinical clinical skill skill, clinical skills, clinical
JOB APPLICATION Y.E. 91	Process of applying for employment. It includes written application for employment or personal appearance.	employment application resume, job
JOB DESCRIPTION Y.E. 91	Statement of the position requirements, qualifications for the position, wage range, and any special conditions expected of the employee.	position description
MODELS, NURSING Y.E. 91	Theoretical models simulating behavior or activities in nursing, including nursing care, management and economics, theory, assessment, research, and education. Some examples of these models include Orem Self-Care Model, Roy Adaptation Model, and Rogers Life Process Model.	Nursing models model, nursing nursing model orem self-care model
MODELS, ORGANIZATIONAL Y.E. 93	Theoretical representations and constructs that describe or explain the structure and hierarchy of relationships and interactions within or between formal organizational entities or informal social groups.	organizational models
NURSES Y.E. 67	Professionals qualified by education at an accredited school of nursing and licensed by state law to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health.	nursing personnel personnel, nursing
NURSE'S ROLE Y.E. 2002	The expected function of a member of the nursing profession.	
NURSING	The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.	
NURSING ASSESSMENT Y.E. 87	Evaluation of the nature and extent of nursing problems presented by a patient for the purpose of patient care planning.	nursing protocols assessment, nursing protocols, nursing
NURSING	Care given to patients by nursing service personnel.	care, nursing

CARE Y.E. 66		management, nursing care nursing care management
NURSING PROCESS Y.E. 80	The sum total of nursing activities which includes assessment (identifying needs), intervention (ministering to needs), and evaluation (validating the effectiveness of the help given).	Process, nursing
NURSING STAFF Y.E. 78	Personnel who provide nursing service to patients in a hospital.	hospital nursing staff hospital nursing staffs nursing staffs, hospital staff, hospital nursing staffs, hospital nursing
NURSING STAFF, HOSPITAL Y.E. 78	Personnel who provide nursing service to patients in a hospital.	hospital nursing staff hospital nursing staffs nursing staffs, hospital staff, hospital nursing staffs, hospital nursing
OUTCOME ASSESSMENT (HEALTH CARE) Y.E. 92	Research aimed at assessing the quality and effectiveness of health care as measured by the attainment of a specified end result or outcome. Measures include parameters such as improved health, lowered morbidity or mortality, and improvement of abnormal states (such as elevated blood pressure).	outcomes research patient outcome assessment assessment, outcomes assessment, patient outcome assessment, patient outcomes outcome assessment, patient outcome measures outcome studies outcomes assessment outcomes assessments, patient
PERSONNEL DELEGATION Y.E. 2003	To entrust to the care or management of another, to transfer or to assign tasks within an organizational or administrative unit or structure	Delegation, personnel
PERSONNEL STAFFING AND SCHEDULING Y.E.91	The selection, appointing, and scheduling of personnel.	staffing and scheduling personnel staffing
PROFESSIONAL AUTONOMY Y.E. 92	The quality or state of being independent and self-directing, especially in making decisions, enabling professionals to exercise judgment as they see fit during the performance of their jobs.	self regulation, professional
PROFESSIONAL COMPETENCE Y.E. 79	The capability to perform the duties of one's profession generally, or to perform a particular professional task, with skill of an acceptable quality.	Competence, professional generalization of expertise technical expertise
PROFESSIONAL PRACTICE Y.E. 68	The use of one's knowledge in a particular profession. It includes, in the case of the field of biomedicine, professional activities related to health care and the actual performance of the duties related to the provision of health care.	
PROFESSIONAL ROLE Y.E. 2002	The expected function of a member of a particular profession.	
STAFF DEVELOPMENT Y.E. 91	The process by which the employer promotes staff performance and efficiency consistent with management goals and objectives.	human resources development

Y.E.: Tear Entry

I.2.2 Descripteurs CINAHL :

Table 2.2 : [Descripteurs CINAHL

Subject Heading	Scope	Used for
ADVANCED PRACTICE NURSES Y.E. 93	Nurses who fulfill roles beyond those that require basic educational preparation and are practicing at an advanced level. These include nurse practitioners, nurse midwives, nurse anesthetists, and clinical specialists. Nurses in advanced practice include in their range of activities physical assessment, health promotion, prevention of disease, and nursing and medical management of disease. They are usually prepared with a masters' degree in nursing and may be in independent practice or employed by a physician, HMO or hospital.	advanced practice nurse
CAREER MOBILITY	Includes geographic, educational and professional mobility. International mobility goes under CAREER MOBILITY, INTERNATIONAL.	mobility, career
CAREER PLANNING AND DEVELOPMENT Y.E. 89		career choice career planning career development career choices career development and planning
CAREERS IN NURSING	Use for articles discussing opportunities in the nursing profession.	nursing careers career in nursing nursing career
CLINICAL COMPETENCE Y.E. 83	Competence in professional activities directly related to patient care.	clinical skills competence, clinical clinical incompetence clinical skill clinical competency clinical incompetency competency clinical
CLINICAL NURSE SPECIALISTS Y.E. 83	Registered nurses qualified by advanced training in a clinical specialty who practice, teach, consult, supervise, and coordinate nursing services in that specialty.	nurse clinicians clinical nurse specialist nurse clinician
HOSPITALS	Do not use /administration; prefer precoordinated heading HEALTH FACILITY ADMINISTRATION. Consider LEGISLATION, HOSPITAL for /legislation and jurisprudence.	Hospital
JOB APPLICATION Y.E. 83		employment application job applications employment applications job requirements
JOB DESCRIPTION Y.E. 87		position description employment description employment requirements job descriptions
NURSES NURSING CARE	For discussions of the use of scientific principles in the provision of nursing care see NURSING PRACTICE. Do not use /economics; prefer	

	precoordinated heading NURSING COSTS.	
NURSING CARE PLANS	Plans developed to insure consistent nursing care of an individual patient; includes nursing diagnosis, the development of nursing orders and continuing evaluation of the patient's response. Entered here are materials on the preparation and use of nursing care plans; for disease-specific examples see appropriate subject heading and look for the added document type "care plan."	care plans, nursing nursing care plan care plan, nursing
NURSING INTERVENTIONS Y.E. 91	Action based on scientific rationale that is executed to benefit the client in a predicted way related to the nursing diagnosis and the stated goals.	interventions, nursing intervention nursing nursing intervention
NURSING PRACTICE Y.E. 89	Practice based on scientific principles, established standards of care, and the nursing process. Includes all areas of nursing services, e.g., administration, education, research, and care. Consider also SCOPE OF NURSING PRACTICE. For reflective nursing practice coordinate with REFLECTION.	nursing professional practice professional practice, nursing
NURSING PROCESS	Includes nursing assessment, nursing diagnosis, and nursing intervention. Do not confuse with NURSING AS A PROFESSION, NURSING CARE (the patient), or NURSING SERVICE (the department).	
NURSING ROLE Y.E. 83	The socially expected behaviors and functions exhibited by a nurse in a professional situation. Consider also ADVANCED NURSING PRACTICE.	nursing functions nursing roles
NURSING SKILLS Y.E. 92	Diagnostic, interpersonal, and psychomotor skills necessary to the function of nursing. For nursing skills laboratories use with LEARNING LABORATORIES.	psychomotor nursing skills skills, nursing nursing skill psychomotor nursing skill skill, nursing
NURSING STAFF, HOSPITAL Y.E. 84		hospital nursing staff nursing staff, health facility health facility nursing staff nursing staff, health facilities health facilities nursing staff
ORGANIZATIONAL RESTRUCTURING Y.E. 97	A reorganizing of personnel and administration to increase productivity and profits. Differentiate from ORGANIZATIONAL CHANGE which is a change of philosophy, purpose, or goals of an organization. HOSPITAL RESTRUCTURING also available.	restructuring, organizational institutional restructuring organisational restructuring organization restructuring restructuring organization
ORGANIZATIONAL STRUCTURE Y.E. 83	The different levels and components of an organization; includes discussions of subordinates, peers, superiors, etc.	corporate structure organisational structure organization structure corporate structures organisational structures organization structures organizational structures

PERSONNEL STAFFING AND SCHEDULING Y.E. 83	Consider also UNDERSTAFFING.	employee staffing and scheduling scheduling and staffing, personnel staffing and scheduling, personnel scheduling and staffing, employee staffing and scheduling, employee employees staffing and scheduling scheduling and staffing, employees staffing and scheduling, employees staffing personnel staffing personnel scheduling personnel scheduling and staffing self rostering
PROFESSIONAL AUTONOMY Y.E. 92	The quality or state of being independent or self-directing, especially in making decisions, enabling professionals to exercise judgment as they see fit during the performance of their jobs.	autonomy, professional
PROFESSIONAL COMPETENCE Y.E. 83	The required standard of skill and knowledge which a professional person must possess in order to practice his/her profession. For competence directly related to patient care, use CLINICAL COMPETENCE.	competence, professional professional incompetence competency professional professional competency professional incompetency
PROFESSIONAL DEVELOPMENT Y.E. 96	Activities done to enhance professional career growth.	professional growth
PROFESSIONAL PRACTICE Y.E. 83	For reflective practice coordinate with REFLECTION.	

PROFESSIONAL PRACTICE, EVIDENCE-BASED Y.E. 2000	Clinical practice that bases clinical decisions on research, clinical expertise, patient choices, and critical evaluation of the literature. Specifics available.	evidence-based practice evidence-based professional practice
PROFESSIONAL REGULATION Y.E. 99	For topics concerning the governing of health professions. May include legislation, practice acts, licensure, registration, and standards of practice. Includes professional self-regulation.	professional self-regulation self-regulation, professional regulation, nursing
PROFESSIONAL ROLE Y.E. 92	The socially expected behaviors and functions exhibited by an individual in a professional situation.	professional roles
SKILL MIX Y.E. 97	Percentage of different health care personnel involved in patient care. For percentages of registered nurses, RN MIX is available.	health personnel skill mix staff mix health personnel skill mixes skill mixes
STAFF DEVELOPMENT Y.E. 83	The process by which the employer promotes staff performance and efficiency consistent with management goals and objectives.	inservice education staff inservices inservices, staff staff inservice inservice, staff

1.2.3 Descripteurs du BNI :

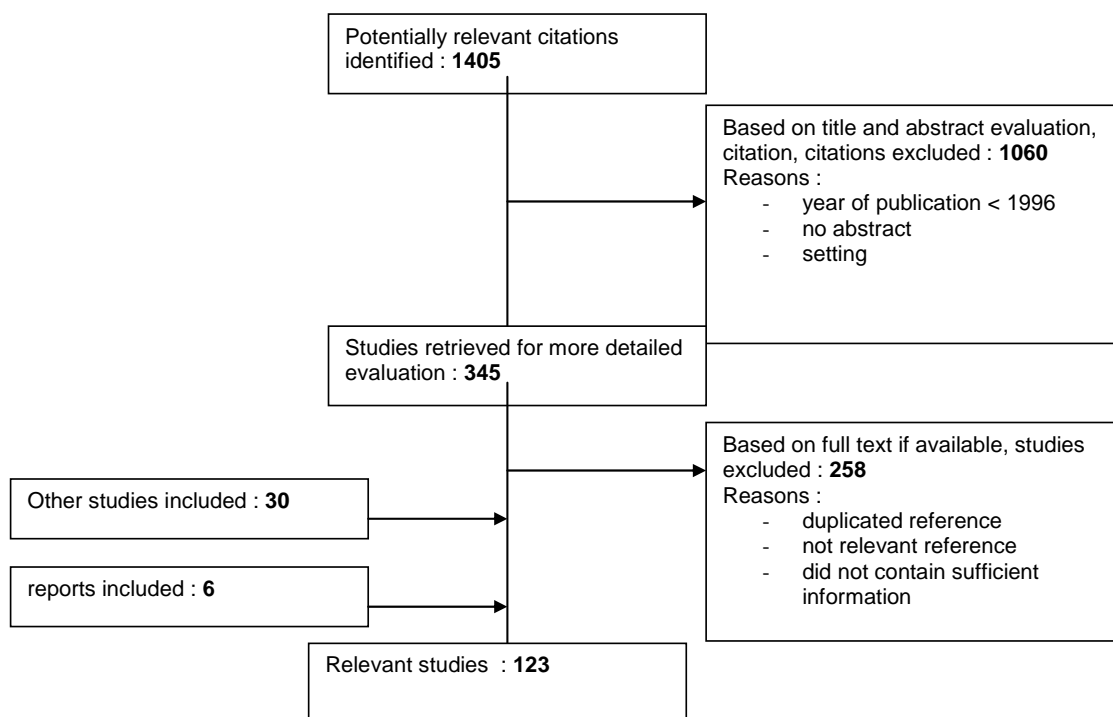
Table 2.3: [Descripteurs BNI]

Subject Heading	Scope	Used for
CAREERS AND CAREER PLANNING	Career patterns, guidance and advisory schemes, career progression and promotion in relation to nursing, midwifery and related professions. Use for return-to-work schemes. Use for choice of nursing or midwifery as a career. Use Biography for careers of individuals.	
CARE PLANS AND PLANNING	The process of assessing patients, identifying problems, setting objectives for care, establishing ways to accomplish them, and documenting it all. Use for clinical pathways and case management. Use Standards and Guidelines for protocols. Use Health Service Planning for planning services.	
CHANGE MANAGEMENT	The process of dealing with and implementing change from the standpoint of both those introducing the change and those being affected by the change.	
MANAGEMENT THEORY	Methods, principles and practices for managing people, services, organisations at all levels. Used for organisation theory and specific, management techniques.	
MODELS AND THEORIES	Frameworks, concepts and principles involved in representations of nursing and midwifery work and practice. Used for all named models such as Orem, all theories and conceptual analyses, and philosophies of nursing and midwifery. Nursing Process and Primary Nursing are specific applications of models or theories.	

NURSE PRACTITIONER	Nurses qualified to work independently of doctors in a specific sphere. Nursing practice which requires higher levels of expertise, knowledge and skill; recognised concept of higher level practice. Nurses working as autonomous practitioners in extended work roles, sometimes referred to as advanced nursing practice. Used for all aspects of the nurses, their roles and duties. Used for nurse consultants.
NURSE SPECIALIST	Clinical nurse specialists; nurses working in closely defined clinical areas, usually with special training and status. Such nurses do not necessarily have an extended role, and care for patients who remain under medical supervision.
NURSING CARE	Used for the professional caring component which is unique and fundamental to the nursing role. Used for conceptual aspects, definitions and theories of caring. Not used for nursing care of a specific condition, which is found only under the specific condition or its nursing heading eg Influenza, Diabetes Nursing.
NURSING PROCESS	A systematic approach to nursing care, adapted to UK nursing from a USA framework. It is not in itself a model of nursing, but is described as a vehicle for nursing models. The basis of it is that it allows an organised approach to identification of a patient's nursing care needs; the components of the process are assessment, planning, implementation, and evaluation. The assessment stage, also known as nursing diagnosis, links in with Patient Assessment as a heading. The planning stage leads to a nursing care plan, which is found at Care Plans and Planning.
NURSING PROFESSION	All aspects of the professional nature of nursing, including issues about its status as a profession. All aspects of the professional organisation of nursing, including regulation, registration and certification. See this term rather than Nursing for articles about nursing as a job, profession, vocation, or calling.
NURSING ROLE	The position of nursing as a profession in relation to other health professionals and in society in general. Used for articles concerning duties of a nurse, particularly those concerning extensions of nursing work into areas previously considered medical or other staff's work ie extended role.
PRACTICE DEVELOPMENT	The improvement of patient care through systematically helping healthcare staff to change the ways in which they act, behave or organise their practice, and to evaluate the impact of such changes. Not necessarily linked to research, although the work of Nursing Development Units is intended to produce practice development. Sometimes referred to as the "development" part of Research and Development.
PRACTICE NURSING	Registered nurses usually employed by general practitioners (or community trusts) and working in surgeries. Much of their role is primary health care,

	focusing on health promotion and prevention and control of disorders. They also carry out minor procedures and immunisation.
PROFESSIONAL DEVELOPMENT	Continuing education, especially post registration nursing and midwifery. Used for inservice education and training. May also be used for activities and initiatives that enhance knowledge, experience, and career prospects. See specific headings where more appropriate eg Careers and Career Planning, Education Vocational Qualifications. Used together with other appropriate headings where available eg Midwifery Education.
WARD ORGANISATION	Management of hospital wards, including staff allocation methods such as task allocation or team nursing, but note Primary Nursing. Used for mixed sex wards.
SKILL MIX	The composition of a unit of staff in terms of the specific skills, grades and qualifications of staff members to enable the unit to fulfil its function.

I.3 FLOW CHART :



Annexes Chapitre 3

2 LA BELGIQUE

2.1 INTRODUCTION

L'Art infirmier relève des Autorités de la santé publique et est réglementé au niveau fédéral alors que la formation donnant accès à la profession est une compétence communautaire et se différencie entre les Communautés française et flamande.

L'exercice de la profession est régi par l'AR n°78 du 10/11/1967 précisant l'Art de guérir et de soigner. Plusieurs textes ultérieurs ont permis l'évolution de la profession (en particulier AR du 18 juin 1990^a).

2.2 FORMATION

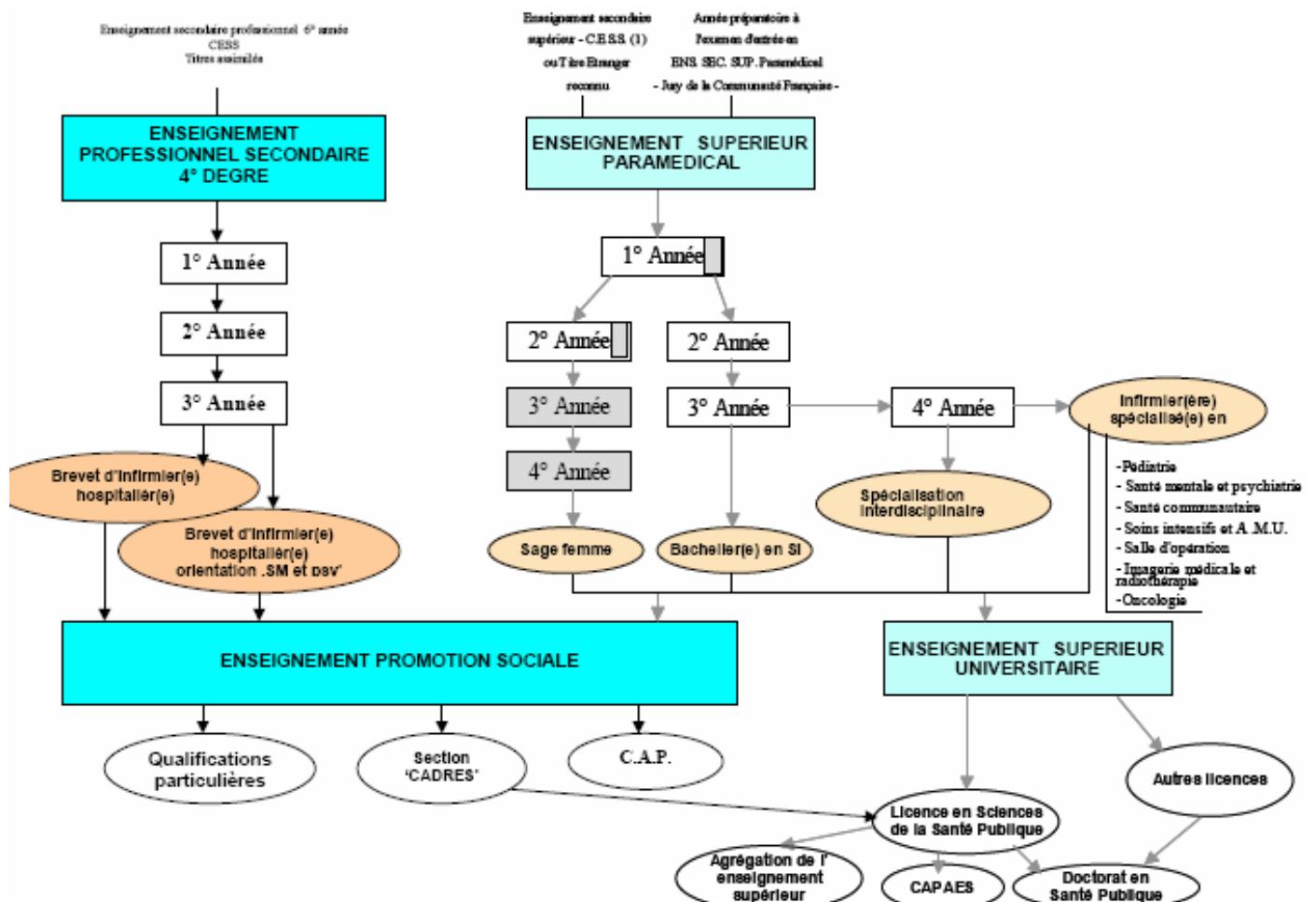
2.2.1 Formation en Communauté française

La formation est une matière relevant de la communauté française et est régie par l'Arrêté du gouvernement de la communauté française du 21 avril 1994. Le cadre légal est régi par la loi du 20/12/74 (modifiant l'AR n°78 du 10/11/1967) organisant la profession infirmière ; ce cadre prévoit deux profils de formation :

4. infirmier(ère) hospitaliers(ère) formée dans l'enseignement professionnel secondaire du 4^{ème} degré.
5. bachelier en soins infirmiers relève de l'enseignement supérieur (décret 31 mars 2004) Figure 3.1 ;

^a Arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.'

Figure 3.1 Formation et accès à la formation en Communauté française de Belgique



Sources : Champagne, 2006 ; Gobert et Champagne, 2004 – Adaptation : CIES-SESA – UCL

Légende :

(1)C.E.S.S. = Certificat d'enseignement secondaire supérieur qui peut être obtenu en fin de cycle de l'enseignement secondaire supérieur mais aussi après une 7^{ème} année dans l'enseignement professionnel secondaire supérieur ainsi qu'après une 1^{ère} année dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire.(2)C.A.P. = certificat d'aptitudes pédagogiques

(3)CAPAES = Certificat d'aptitude pédagogique approprié à l'Enseignement Supérieur

2.2.1.1 *Formation d'infirmier(ère) hospitalier(ère)*

La formation d'infirmier(ère) hospitalier(ère) et d'infirmier(ère) hospitalier(ère) – orientation santé mentale et psychiatrie est organisée en trois ans dans l'enseignement de plein exercice, au sein du 4^{ème} degré de l'Enseignement Professionnel Secondaire Complémentaire (EPSC). (3)

Cette formation se différencie principalement de celle organisée dans l'enseignement supérieur par :

- des critères d'accessibilité aux études moins exigeants ;
- le classement de ces études dans l'enseignement secondaire alors que le baccalauréat se situe dans l'enseignement supérieur ;
- des contenus de programmes moins importants ;
- l'accessibilité à la seule orientation en santé mentale et psychiatrie ;
- un accès limité au seul titre professionnel particulier d'infirmier(ère) en santé mentale ;
- l'importance du nombre d'heures consacrées à la pratique par rapport à l'enseignement théorique ;
- une formation théorique et pédagogique moins axée que dans l'enseignement supérieur vers la conceptualisation, l'abstraction, l'esprit de recherche, d'analyse et de synthèse(3).

Cette formation donne accès à des formations complémentaires pour l'accès au titre de qualification professionnelle particulière. C'est cette formation qui est reconnue au niveau européen.

2.2.1.2 *Formation de Bachelier en soins infirmiers :*

La formation de Bachelier en soins infirmiers —BSI— relève de l'enseignement supérieur, cursus de type court et est organisée en 3 ans au moins. Elle comporte entre 2730 et 3000 heures dont au moins 1035 heures de formation théorique et 1515 heures de formation pratique ; le solde (entre 180 et 450 heures) est laissé à l'appréciation du pouvoir organisateur(3).

Cet enseignement associe étroitement la théorie et la pratique. L'objectif de cet enseignement est de former des professionnels capables à la fois d'exercer au mieux leurs fonctions et de mener en permanence une réflexion sur leur propre pratique et démarche.

En communauté française, diverses **spécialisations** sont organisées et accessibles aux Bacheliers en soins infirmiers (3) :

- pédiatrie ;
- santé mentale et psychiatrie ;
- santé communautaire ;
- soins intensifs et aide médicale urgente (SIAMU) ;
- imagerie médicale et radiothérapie ;
- salle d'opération ;
- oncologie ;
- anesthésie
- Ces spécialisations comprennent entre 900 et 1050 heures selon les objectifs propres à l'institution l'organisant et le type de spécialité(3) .
- Il existe encore trois spécialisations accessibles aux BSI et organisées en interdisciplinarité avec d'autres disciplines de la santé :
- Gériatrie et psychogériatrie
- Psychomotricité
- Réadaptation.

Au terme de cette formation —BSI avec ou sans spécialisation—, les infirmières ayant terminé l'enseignement général (CESS^b) peuvent avoir accès à l'enseignement universitaire et celui de promotion sociale.

2.2.1.3 Enseignement de promotion sociale

L'enseignement de promotion sociale offre diverse formation donnant accès :

- À l'enseignement (CAP – certificat aptitude pédagogique) ;
- Aux qualifications professionnelles (formation organisée en moins d'un an) ;
- À la gestion (infirmière chef uniquement via l'école des cadres).

Cet enseignement offre aussi une formation permettant aux infirmières hospitalières d'avoir accès au titre de BSI, selon les conditions très précises.

Mais, les infirmières hospitalières (sans CESS) n'ont accès qu'à la formation en promotion sociale et non à l'université.

2.2.1.4 Enseignement universitaire :

La formation de Bachelier en soins infirmiers ou d'infirmier(ère) gradué(é) —à condition que le titulaire ait son CESS— permet entre autre d'accéder à la formation universitaires de 2^{ème} cycle universitaire (3) : Master en science de la santé publique.

Le master en science de la santé publique est la formation universitaire la plus suivie par les infirmières et infirmiers car elle fait suite aux études de base. depuis septembre 2007, l'option *sciences et cliniques infirmières* est disponible dans le Master en science de la santé publique. Un troisième cycle est accessible au terme de la formation de 2^o cycle pour l'obtention d'un doctorat en science de la santé publique.

2.2.2 Formation en Communauté germanophone

Pour ce qui est de la communauté germanophone belge, l'organisation de la formation est la même qu'en communauté française :

- infirmière hospitalière ;
- bachelier en soins infirmiers (4).

(cfr KRANKENPFLEGESCHULE AM ST-NIKOLAUSHOSPITAL Eupen :

<http://www.cifen.ulg.ac.be/inforef/projets/socrates/sostniko.htm>)

2.2.3 Formation en Communauté flamande

La formation infirmière en communauté flamande diffère de la formation organisée du côté francophone et germanophone. Deux types de formation infirmière y sont organisés : l'une d'un niveau baccalauréat, l'autre d'un niveau secondaire octroyant un brevet en soins infirmiers tout comme du côté francophone.

^b Certificat d'enseignement secondaire supérieur qui peut être obtenu en fin de cycle de l'enseignement secondaire supérieur mais aussi après une 7^{ème} année dans l'enseignement professionnel secondaire supérieur ainsi qu'après une 1^{ère} année dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire.

Figure 3.2 Formation et accès à la profession en Communauté flamande de Belgique

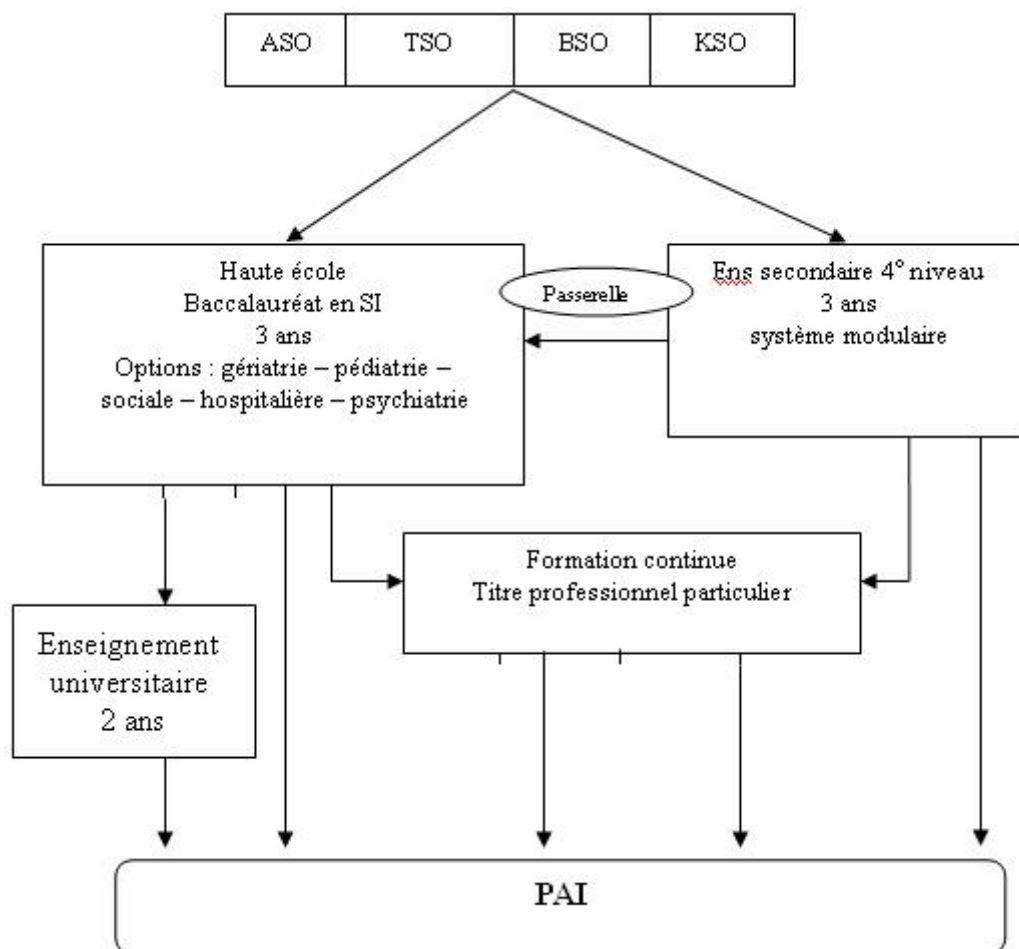


Figure construite par les auteurs

L'enseignement pour le baccalauréat se déroule sur trois années mais, lors de la troisième année, une orientation spécifique est choisie. Il y a cinq possibilités d'orientation : infirmier gérontologique, infirmier psychiatrique, infirmier pédiatrique, infirmier social ou infirmier hospitalier.

Pour les détenteurs du brevet infirmier, il existe une possibilité de passerelle permettant l'obtention d'un baccalauréat en suivant un programme tenant compte des formations antérieures et de l'expérience professionnelle. Dans ce cas, le choix d'une des cinq orientations devra se faire.

Avec un diplôme de bachelier, d'autres formations complémentaires, post-graduats et titres professionnels particuliers peuvent être réalisés en complément de la formation de base. L'obtention du niveau baccalauréat permet aussi l'accès à des formations universitaires, notamment au master en science de la santé publique.

2.3 DIFFÉRENCIATION DE FONCTION

L'exercice de l'Art infirmier relève de la santé publique, matière fédérale. Il n'y a donc pas lieu d'opérer des distinctions en fonction des communautés.

2.3.1 Différenciation de fonction en fonction de la formation

En Belgique, on distingue deux profils de fonction : les 'prestataires de l'art infirmier (PAI) versus aides soignantes.

2.3.1.1 *Praticiens de l'Art infirmier*

Les Praticiens de l'Art Infirmier (PAI) regroupent les infirmiers bacheliers, les infirmiers spécialisés, les infirmiers brevetés (enseignement secondaire supérieur professionnel du 4e niveau) et les ASH (assistants en soins hospitaliers). Un cadre légal strict régit tant la formation que l'exercice de la profession infirmière.

LES ASSISTANTS EN SOINS HOSPITALIERS

Les ASH sont des travailleurs de santé qui ont suivi avec succès deux des trois années de formation infirmière. Ils sont porteurs du brevet d'ASH, selon l'Arrêté Royal 17 août 1957. Ces brevets ne sont plus délivrés depuis 1995-1996 (Put & Vanden Daele, 2004)(5). Légalement, les ASH ne peuvent plus poser d'actes infirmiers depuis le 1^{er} septembre 2001.

L'AR n° 78 (article 54bis. §1.) précise que les personnes qui ne satisferaient pas aux conditions de compétence décrites dans l'article 21quater, mais qui, en date du 1er septembre 1990 occupent une fonction dans une institution de soins ou dans un cabinet d'un médecin ou d'un dentiste depuis au moins trois années, peuvent continuer à exercer ces fonctions dans les mêmes conditions que les PAI qui effectuent ce type de prestations.

L'INFIRMIERE HOSPITALIER (BREVETE) / BACHELIER EN SOINS INFIRMIER (GRADUE)

En Belgique, pour pouvoir exercer l'Art infirmier, il faut être porteur d'un des diplômes suivants :

- diplôme d'infirmier bachelier,
- diplôme ou titre d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée
- brevet ou titre d'infirmier ou d'infirmière,
- brevet ou titre d'hospitalier ou d'hospitalière.

Il est nécessaire que le titulaire obtienne son visa des autorités sanitaires de la province dans laquelle il compte exercer. Il s'agit d'une simple démarche administrative d'enregistrement.

La loi reconnaît onze spécialisations —titres professionnels— mais aussi six domaines d'expertise —qualification professionnelles—(6) (AR 27 septembre 2006 - MB : 2006-10-24).

Les conditions d'accès et le volume de la formation complémentaire justifie la distinction entre le titre professionnel (infirmiers spécialisés) et la qualification professionnelle.

INFIRMIERS SPÉCIALISÉS

Seuls, les infirmiers titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou de bachelier en soins infirmiers ont accès à la formation pour devenir :

- infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie;
- infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie;
- infirmier spécialisé en santé publique;
- infirmier spécialisé en gériatrie;
- infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence;
- infirmier spécialisé en oncologie;
- infirmier spécialisé en imagerie médicale;
- infirmier spécialisé en stomathérapie et soins de plaies;
- infirmier spécialisé en assistance opératoire et instrumentation;

- infirmier spécialisé comme perfusionniste;
- infirmier spécialisé en anesthésie^c

INFIRMIER AYANT UNE EXPERTISE PARTICULIÈRE

Par contre, ont accès aux qualifications professionnelles, les titulaires du diplôme ou du titre d'infirmier gradué, les bacheliers en soins infirmiers, les titulaires du diplôme de « verpleegkunde » et les titulaires du brevet ou du titre d'infirmier.

Actuellement en Belgique, 6 qualifications professionnelles différentes sont recensées et donnent accès au titre d':

- infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie;
- infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie;
- infirmier ayant une expertise particulière en soins de plaies;
- infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs;
- infirmier ayant une expertise particulière en diabétologie;
- infirmière ayant une expertise particulière en évaluation et traitement de la douleur.

L'organisation et le contenu de ces différentes formations relèvent des autorités communautaires.

Un cadre légal^d régit également les actes que peuvent prester les infirmières habilitées à l'exercice de l'Art de soigner. Dans les actes que peut prester une infirmière, on distingue trois types :

- Les prestations ne requérant pas de prescription médicale ;
- Les prestations requérant une prescription médicale ;
- Les actes confiés.

Plusieurs modifications réactualisent régulièrement cette 'liste d'actes infirmiers'.

CONSEQUENCES CONCRETES DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE.

Différenciation horizontale entre PAI

Sur le terrain, tout prestataire de l'art infirmier (qu'il soit hospitalier, gradué ou spécialisé) assume la même fonction, exécute les mêmes tâches malgré la différence de barèmes (Rosier, 2003).

S'il n'existe peu de distinction entre les deux niveaux de formation (Bacheliers en Soins Infirmiers versus Infirmiers Hospitaliers) à propos de la complexité des prestations techniques, en revanche, la différence entre les deux niveaux de formation se marque au niveau de pensée critique et du jugement clinique (Pool, in Van de Pasch & Van Der Veen, 2001 ; Rosier, 2003).

-
- c l'AR du 18 janvier 1994 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, modifié par l'AR du 2 juillet 1999 (MB du 09.03.1994)(MB du 11.11.1999);
l'AR du 20 mai 1994 fixant la procédure d'agrément autorisant des praticiens de l'art infirmier à porter un titre professionnel particulier ou à se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière (MB du 19.07.1994);
l'AM du 16 avril 1996 établissant le formulaire de demande de l'agrément autorisant des praticiens de l'art infirmier à porter un titre professionnel particulier ou à se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière (MB du 03.08.1996);
l'AM du 16 avril 1996 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art infirmier comme porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en soins intensifs et d'urgence, modifié par les AM des 17 juin 1998, 28 février 2000 en 7 juillet 2003 (MB du 03.08.1996)(MB du 31.07.1998)(MB du 23.03.2000) et (MB du 18.08.2003).
- d Arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre', modifié par l'AR du 21 avril 2007, portant modification de la liste d'actes.

Ceci se concrétise sur le terrain par des différences en termes de jugement clinique, réflexion et anticipation en fonction du niveau de formation (Rosier, 2003).

Si, le législateur ne fait, pour ainsi dire, pas de distinction entre les infirmiers issus de formations différentes, la législation régissant l'agrément des hôpitaux exige un quota minimum d'infirmières spécialisées dans les services spécialisés (soins intensifs, urgences, pédiatrie, ...) mais cette disposition laisse toujours l'accès à ces services pour les infirmières graduées ou hospitalières.

Loquist et Bellack (2000) soulèvent le fait qu'il est nécessaire de différencier les différents niveaux des infirmiers, afin que chacun puisse identifier clairement l'apport de chaque niveau de formation dans le système de santé publique.

Différenciation verticale ascendante

La recherche de Defloor et al. (2004, 2006)(2) montre cependant que la gestion de l'urgence, ainsi que les situations complexes des patients, telle qu'elle est vécue dans les hôpitaux, exigent plus de compétences que celles acquises par les PAI dans leur formation initiale. Les auteurs en déduisent qu'il est essentiel que des PAI expérimentés et bénéficiant d'une formation continue assurent une présence permanente à l'hôpital, afin d'offrir une réponse adéquate dans des situations urgentes et/ou complexes. De plus, des PAI avec une formation universitaire devraient pouvoir être consultés pour la prestation d'activités nouvelles : « Les connaissances acquises lors de la formation ou de l'expérience ne sont plus suffisantes. Une analyse en profondeur est requise mobilisant des connaissances nouvelles et une manière créative d'interpréter la problématique, incluant une approche éthique mais aussi de nouvelles connaissances scientifiques. La situation exige une nouvelle réponse jamais rencontrée ni en formation, ni lors de l'expérience professionnelle. C'est pourquoi il est nécessaire que cette solution soit évaluée pendant et après sa mise en place, mais aussi que cette solution soit adaptée en fonction de l'évaluation (2) »

Ce qui s'est développé dans beaucoup d'hôpitaux belges, c'est, selon Rosier (2003) la désignation d'infirmiers de référence (infirmière de référence en soins de plaies, en transfusion, ...) et dans une moindre mesure, d'infirmiers cliniciens (stomathérapeute). Notons aussi, la création d'assistants radiologues qui effectuent un ensemble d'actes techniques dans les services d'imagerie médicale, aux côtés des infirmières graduées ou spécialisées en imagerie médicale. Il s'agit de deux titres professionnels à partir de deux formations distinctes qui aboutissent à l'exercice du même métier.

À côté de ces fonctions, il y aurait une discussion quant à l'opportunité de créer la fonction de 'nurse practitioner', ainsi de 'physician assistant' pour parer entre autres à la pénurie médicale qui s'annonce. La mission du 'nurse practitioner' consisterait à prodiguer des soins pour une catégorie de patients. Les 'physician assistants' s'occuperaient essentiellement de l'aspect technique dans des services de radiothérapie, de dialyse, etc. Un assistant médical serait quelqu'un possédant une expertise spécifique par rapport au médecin et qui maîtriserait tant la technique que la prestation de l'acte au chevet du patient (Rosier, 2003). Actuellement, les fonctions de nurse practitioner et de physician assistant n'existent pas officiellement en Belgique.

Différenciation verticale descendante

Par contre, il existe une différenciation de fonction plus franche entre les PAI et les aides soignants et ASH. Avec l'introduction de l'ASH, un changement a été opéré. A l'inverse de l'aide soignant, une ASH a la possibilité de réaliser un certain nombre d'actes infirmiers sous la surveillance d'un PAI. Il s'agit de la délégation au sens de Sibbald.

A ce propos, l'association scientifique des PAI et accoucheuses (WVVV)(7) a émis un avis en 1997. Le WVVV estime que l'aide-soignant ne devrait pas effectuer des soins directs aux patients.

Selon cette association professionnelle, les soins de base constituent une partie importante de l'activité infirmière.

Ils offrent l'occasion au patient de communiquer avec le PAI, qui lui offrira à son tour confort et soutien.

Néanmoins, les soignants peuvent être impliqués dans les soins aux patients, en tant qu'aide pour un infirmier diplômé. Il s'agit d'une opinion d'experts certes et si cette assertion n'est argumentée par l'Association par aucune preuve scientifique, l'influence de cette association sur la profession est importante et peut, en partie, influencer une relative résistance de la profession à une différenciation de fonction en termes de délégation de tâches vers du personnel moins qualifié.

2.3.1.2 Exemples de nouveaux modèles de différenciation

En communauté flamande (à Leuven et dans la province Limburg) des modèles de différenciation de fonction ont été examinés. Il s'agit seulement d'exemples de différenciation. Chaque institution a développé son propre modèle de différenciation à partir de possibilités propres à chaque institution. .

EXPÉRIENCE DE LEUVEN

Selon Peeters (2002)(8), un mélange idéal des fonctions devrait être déterminé sur base de la nature, de la taille et de la complexité de la demande en soins, du tableau des charges, de la répartition des responsabilités et des résultats souhaités. Peeters (2002) a développé une proposition pour une institution hospitalière. La distinction entre les niveaux de fonction est essentiellement déterminée par la différence de compétences et de responsabilités et, en seconde intention, par le diplôme.

Cet auteur propose un mélange de fonctions à 4 niveaux, à savoir :

- L' *associate nurse* (niveau 1),
- La *primary nurse* (niveau 2),
- L'infirmier de référence (niveau 3)
- Infirmier en chef et infirmier spécialisé (niveau 4).

Il y a donc une différenciation tant ascendante que descendante(8).

L' *associate nurse* est un PAI qui réalise le soin en étant accompagné et supervisé par le *primary nurse*. Le *primary nurse* est responsable de la réalisation et de la gestion de ce soin. La différence entre un *associate nurse* et un *primary nurse* s'observe essentiellement au niveau de la différence de compétences. Tous les infirmiers débuteraient en principe au niveau d'*associate nurse*. Toujours selon l'auteur, le passage d'un niveau à l'autre dépend d'une part de la responsabilité et la compétence acquis par l'expérience et d'autre part du diplôme.

L'infirmier de référence possède une expertise qui dépasse le cadre d'une unité de soins, elle s'adresse à un ou plusieurs groupes de patients. Ceci contribuera à la détermination de la politique en soins infirmiers.

La fonction d'infirmier en chef et d'infirmier spécialisé est réservée aux infirmiers ayant un diplôme universitaire (licence/master, de préférence en santé publique mais le législateur ne le précise pas) et évidemment les compétences et le sens de responsabilité. L'infirmier spécialisé a un rôle de chercheur, de consultant, d'éducateur et de modèle de rôle. L'infirmier en chef se focalise sur la gestion des soins, la gestion opérationnelle d'une unité de soins et la gestion des ressources humaines.

Le passage d'un niveau à l'autre devrait être régi par une procédure fixe. Un professionnel ne pourrait pas débiter au sommet. Il devrait d'abord prouver qu'il possède les compétences requises et qu'il peut assumer cette responsabilité.

Expérience dans la province Limburg

Une autre expérience de différenciation de fonctions à été conduite dans la province Limburg qui a été réalisé au sein d'une institution et possède trois niveaux: l'infirmier gradué, l'infirmier hospitalier et l'aide-soignant (Put & Vanden Daele, 2004)(5). Il y a donc uniquement une différenciation descendante. Dans ce modèle, on ne se base que sur le diplôme et non sur les compétences ou les responsabilités.

Un infirmier gradué a une palette de tâches plus étendue qu'un infirmier hospitalier. La palette des tâches de l'aide-soignante est en partie identique à celle de l'infirmier, mais l'infirmier possède aussi une liste de tâches qui lui est exclusivement réservée et non partagée avec les aides soignantes.(Put & Vanden Daele, 2004)(5).

Synthétiquement, on peut distinguer les profils infirmiers suivants:

- Les infirmières hospitalières
- Les infirmières hospitalières ayant une qualification particulière
- Les infirmières bachelières (anciennement les infirmières graduées)
- Les infirmières bachelières ayant une qualification particulière
- Les infirmières spécialisées.

Pour exercer l'Art infirmier, il existe deux filières de formation. Une liste d'actes conditionne l'activité des PAI selon leur formation bien qu'en pratique, rien ne les différencie.

Plusieurs modèles de différenciation sont étudiés mais aucun contexte légal ne les régit.

2.3.2 Aide-soignant

Auparavant le personnel soignant visait un éventail de fonctions qui devaient assister les infirmières lors des soins (Tytgat, 2006). Un texte légal a clarifié la terminologie. Ainsi, la loi précise (loi 14/01/2002 – MB 22/02/2002, art. 54 §1)^e, qu'il faut entendre par personnel soignant, l'ensemble des membres du personnel qui ne relèvent pas d'une des catégories de praticiens professionnels visées dans l'arrêté royal n° 78 précité et qui assistent le personnel infirmier pour soigner les patients. ». Un soignant n'est pas la même chose qu'un aide-soignant. A l'opposé d'un soignant, un aide-soignant peut poser certains actes infirmiers.

Désormais la loi 10 août 2001 ajoute la profession d'aide soignant à la liste des professionnels de la santé reprise dans AR n°78 du 10 novembre 1967. En effet, l'article 43 §1 précise : «*On entend par aide soignant, une personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier ou l'infirmière, sous leur contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier ou l'infirmière dans une équipe structurée* » Le texte précise encore que l'activité que peut réaliser l'aide soignant ainsi que les modalités d'exécution de ces activités afférentes à la fonction d'aide soignant doivent être définies par le Roi^f.

Jusqu'il y a peu, les activités de l'aide-soignant étaient peu déterminées et aucune formation n'était régie par un cadre légal précis. Pour diverses raisons, les autorités (fédérales ou communautaires) ont légiféré en la matière. La circulaire ministérielle du 8 novembre 2006 (MB :2006-12-14) précise : «*L'aide-soignant est défini comme un professionnel de la santé qui est spécifiquement formé pour assister l'infirmier en matière de soins et d'éducation des patients, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier dans une équipe structurée.* »

Le cadre légal belge a récemment autorisé que des actes infirmiers puissent leur être confiés (A.R. du 12/01/2006 ;MB : 2006-02-03).

L'arrêté « actes » fixe la liste des activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants. Ces activités ne peuvent être accomplies par l'aide-soignant que dans la mesure où un infirmier les lui a déléguées. Ces actes continuent à relever de la compétence et de la responsabilité de l'infirmier.

L'arrêté royal précise aussi les conditions dans lesquelles les aides-soignants peuvent poser ces actes. L'aide-soignant doit travailler au sein d'une équipe structurée. En effet, l'équipe structurée

e MB 22/02/2002 : Loi portant des mesures en matière de soins de santé. Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement – loi du 14 janvier 2002.

f MB 01/09/2001. Loi portant des mesures en matière de soins de santé (1) Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement – loi du 10 août 2001.

- permet aux infirmiers de contrôler les activités des aides-soignants au sein de l'équipe;
- garantit la continuité et la qualité des soins;
- organise une concertation commune au sujet des patients, dans le cadre de laquelle elle a procédé à une évaluation, et le cas échéant à une adaptation, du plan de soin;
- instaure une procédure de collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant;
- bénéficie d'une formation permanente.
- L'aide-soignant travaille sous le contrôle d'un infirmier et donc certaines dispositions sont prises à cet effet :
- l'aide soignant doit faire rapport, le jour même, à l'infirmier;
- l'infirmier doit veiller à ce que les soins, l'éducation à la santé et les activités logistiques qu'il a délégués sont réalisés d'une manière correcte;
- la présence physique de l'infirmier lors de l'exercice des activités n'est pas requise;

Néanmoins, l'infirmier doit être disponible pour donner les informations et le support à l'aide-soignant. Ceci signifie que l'infirmier doit être présent dans l'établissement de manière à répondre à la demande de l'aide-soignant dans les plus brefs délais.

L'aide-soignant collabore, dans la limite de sa qualification et de sa formation, à la tenue à jour pour chaque patient du dossier infirmier.

L'aide soignant bénéficie chaque année d'une formation permanente d'au moins 8 heures.

Les actes repris à l'annexe I de l'arrêté « actes » sont les seuls actes infirmiers que peuvent effectuer les aides-soignants. Ces actes visent essentiellement :

- les soins d'hygiène
- l'information
- l'accompagnement des patients et de leur famille sur le plan relationnel
- la surveillance du patient
- l'aide à la prise des médicaments

Néanmoins ces prestations ne peuvent être réalisées qu'à partir d'un plan de soins pré-établi par l'infirmière pour chaque patient.

La fonction d'aide-soignant a été officialisée en 2006 et une liste de tâches clairement précisée et à effectuer sous le contrôle de l'infirmière. La formation est encore très hétérogène d'un centre de formation à l'autre.

2.3.3 Assistant logistique

L'Arrêté Ministériel (AM) du 17 juin 1997 définit la fonction d'assistant logistique. Cet AM a été modifié deux fois en 1998 (Put & Vanden Daele, 2004). Selon l'AM, les assistants logistiques travaillent dans les unités de soins ou les services d'urgence pour soutenir l'activité infirmière, pour améliorer le confort des patients et pour réaliser des soins indirects aux patients, ainsi que des tâches administratives en vue de participer au fonctionnement de l'unité de soins. Selon l'AM, ils ne peuvent pas poser d'actes infirmiers. Les aides logistiques peuvent, selon le VVVV, être intégrées dans les hôpitaux pour les activités de soutien. La distribution des repas et le ramassage des plateaux-repas ne sont pas considérés comme une tâche pour les aides logistiques mais comme un aspect important des soins infirmiers.

Les aides logistiques bénéficient d'une formation, soit au sein de l'hôpital, soit par le biais d'autres organisations (entre autres, par le *Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling – VDAB*), afin de pouvoir travailler dans le milieu hospitalier dans des conditions de sécurité optimales. Cette formation varie selon le niveau de formation initiale du chercheur d'emploi. (Put & Vanden Daele, 2004)(5).

En Flandre —entre autres dans différentes institutions—, une formation est organisée au niveau du BSO à l'attention des collaborateurs logistiques.

En 2007, un arrêté ministériel a élaboré la liste des formations donnant accès à la fonction aide logistique (AM 27/04/2007 - MB : 25/05/2007[§]). L'arrêté distingue les formations en fonction de la communauté linguistique et du type d'enseignement.

Les formations reconnues par la Communauté flamande et sanctionnées par un certificat de fin d'études qui relève de :

- Enseignement secondaire professionnel ordinaire à temps plein et la forme d'enseignement 4 de l'enseignement secondaire spécial :
 - aide organisationnelle ;
 - organisation-assistant ;
 - assistant en logistique dans des hôpitaux et des établissements de soins.
- Enseignement 3 de l'enseignement secondaire spécial :
 - assistant en logistique dans des hôpitaux et des établissements de soins.
- Enseignement secondaire professionnel à temps partiel :
 - assistant en logistique dans les hôpitaux ;
 - aide logistique dans des établissements de soins ;
 - assistant en logistique dans des hôpitaux et des établissements de soins.
- Enseignement secondaire de promotion sociale (enseignement secondaire pour adultes) :
 - assistant en logistique ».

Les formations reconnues par la Communauté française et sanctionnées par un certificat de fin d'études et/ou un certificat de qualification qui relève de :

- Enseignement secondaire professionnel ordinaire de plein exercice et en alternance et de la forme 4 de l'enseignement secondaire spécialisé :
 - auxiliaire familial/auxiliaire familiale et sanitaire (certificat d'études de 6e année de l'enseignement professionnel et certificat de qualification).
- Enseignement secondaire professionnel en alternance et de la forme 3 de l'enseignement secondaire spécialisé :
 - aide logistique en collectivité (certificat de qualification).
- Enseignement secondaire de promotion sociale :
 - assistant en logistique en unité de soins et/ou au service d'urgences (certificat) ;
 - auxiliaire polyvalent(e) des services à domicile et en collectivités (certificat de qualification) ».

L'aide logistique assure une aide de soutien dans un service de soins. Sa fonction est régie par un cadre légal.

[§] MB 25/05/2007. Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 17 juin 1997 définissant la fonction d'assistant en logistique 27 AVRIL 2007. – Service public fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

3 LA FRANCE

3.1 FORMATION

3.1.1 Infirmier diplômé d'état

Le « diplôme d'état infirmier » ouvre l'accès à la profession infirmière en France.

Avant les années quatre-vingt, seule la détention d'un baccalauréat^h suffisait pour s'inscrire dans une école d'infirmières. Les personnes n'ayant pas le baccalauréat et souhaitant intégrer ces écoles passaient un examen écrit, dont les épreuves (sciences naturelles : anatomie, physiologie du corps humain, et dissertation française) correspondaient au niveau du baccalauréat. A l'heure actuelle, les admissions pour la formation d'infirmière se font sur base d'un concours pour des candidats qui ont le baccalauréat. Il existe 4 filières possibles pour être admis à se présenter aux épreuves du concours d'entrée en formation infirmière :

- Le baccalauréat sanctionnant les études secondaires (ou un titre ou diplôme admis en équivalence),
- La validation des acquis professionnels et personnels,
- L'expérience professionnelle d'aide-soignant (AS) ou d'auxiliaire de puériculture (AP) ou d'aide- médico-psychologique (AMP),
- La qualification d'infirmier(ère) obtenue dans un Etat ne dépendant pas de l'Union Européenne.

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier(e) s'effectue à part égale à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.) pour les aspects théoriques (68 semaines) et en milieu professionnel sous forme de stages (5 à 6 stages de 4 à 8 semaines selon les années de formation) pour la formation pratique (68 semaines). La durée des études est donc de 3 ans et 2 mois.

Le programme de formation théorique comprend trois types de modules :

- modules généraux : répartis sur les 3 années pour l'acquisition des connaissances spécifiques dans les disciplines médicales courantes : cardiologie, psychiatrie, oncologie, pédiatrie, orthopédie, gériatrie, gastro-entérologie ...Belgique ; à ne pas confondre avec
- modules transversaux : pour l'acquisition de connaissances communes à toutes les disciplines : soins infirmiers, anatomie, sciences humaines, législation, hygiène hospitalière, santé publique
- modules optionnels : temps de formation d'approfondissement dans certains domaines laissé au libre choix de chaque institut de formation (I.F.S.I.)

Concernant la partie pratique, les stages se déroulent en secteur hospitalier (médecine, psychiatrie, chirurgie, urgences, réanimation, gériatrie, pédiatrie, rééducation ...) et extra-hospitalier (santé scolaire, médecine du travail, soins à domicile, crèches, maisons de retraite, centre médico-psychologique...).

Il existe trois spécialisations possibles pour les infirmières françaises(9) :

- diplôme d'Etat de puériculture (PDE) : titre acquis au terme d'une année supplémentaire et équivalent aux infirmières spécialisées en pédiatrie en Belgique ;
- diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire (IBODE): titre acquis au terme de 18 mois supplémentaires ;

^h Titre officiel en France correspondant au certificat d'enseignement secondaire supérieur en Belgique ; A ne pas confondre avec le nouveau titre de Bachelier en Soins infirmiers, titre européen depuis la réforme de Bologne.

- diplôme d'État d'infirmier anesthésiste (2 années supplémentaires) (I.A.D.E).

L'admission dans ces trois spécialisations se fait par concours aux épreuves soit après le diplôme d'Etat d'Infirmière (pour Puériculture), soit après une expérience professionnelle en qualité d'infirmier(e) d'une durée de deux ans (pour Anesthésie – Réanimation et Bloc Opératoire).

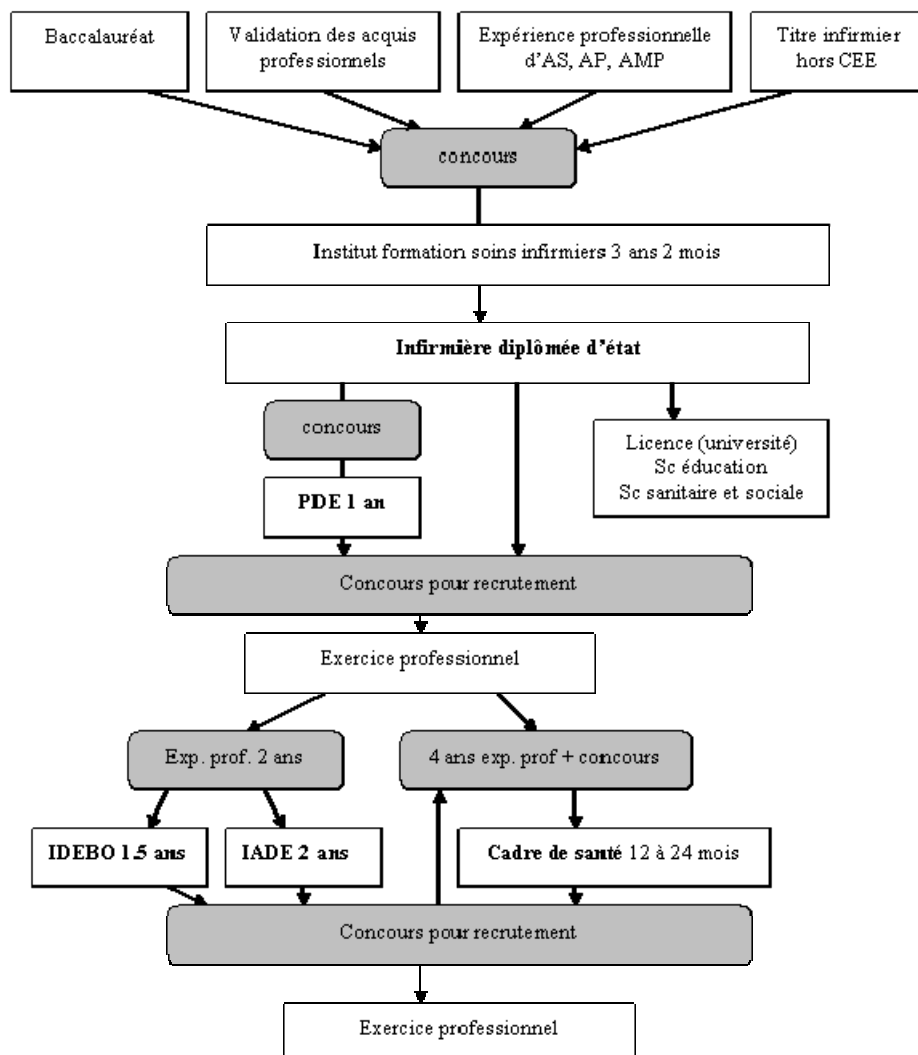
Les infirmiers d'état (IDE) ont également accès à des formations complémentaires de niveau universitaire ou non (9). Les titulaires du diplôme d'État d'infirmier sont admis de plein droit à :

- La licence en sciences de l'éducation ;
- La licence en sciences sanitaires et sociales.

Ils peuvent préparer une MST (maîtrise des sciences et techniques) de gestion et management de centres sanitaires et sociaux.

Par ailleurs, après acceptation à un concours, les IDE peuvent aussi poursuivre une formation de cadre de santé afin d'occuper un poste d'encadrement dans un service ou de formateur dans une école paramédicale) après quatre années minimum d'expérience professionnelle.

Figure 3.3 Formation et accès à la profession en France



Légende

IDEBO : infirmière diplômée d'état bloc opératoire

IADE : infirmière anesthésiste diplômée d'état

PDE : Puéricultrice diplômée d'état

AS : aide soignant

AP : auxiliaire en puériculture

AMP : assistante médicopsychologique

Figure construite par les auteurs

Le système de santé français étant une structure très décentralisée, la formation est sous la tutelle des organismes suivants :

- Ministère de la Santé : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins,
- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales,
- Conseil Régional.

Le programme des études conduisant à l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier(e) est fixé par l'arrêté du 23 mars 1992 modifié à deux reprises récemment (arrêtés du 6 septembre 2001 et du 28 septembre 2001).

Notons au passage que le recrutement se fait également sur concours.

En France, la majorité des infirmiers (72,7%) exercent dans un établissement de santé privé ou public, mais ils exercent aussi dans le secteur libéral (14,4%). D'autres exercent en tant que salariés (12,9%) dans des établissements extra-hospitaliers, des entreprises ou des associations à caractère humanitaire(10).

Les infirmiers représentent la catégorie de travailleurs le plus important par rapport au volume total des professionnels dans le système de soins français (36%) de même que les aides soignants (33%) (11).

3.1.2 Aide soignante

La formation pour l'accès au titre d'aide soignante a été révisée en février 2007 par circulaire avec application immédiate des nouvelles dispositions. Le titre et la formation d'aide soignant sont régis par cette nouvelle circulaire.

La formation est organisée par des instituts agréés par le ministère de la santé — IFAS : institut formation d'aide soignante. La formation est modulaire et dure 10 mois. La formation théorique est plus courte que la formation pratique (respectivement 17 et 24 semaines).

L'accès à la formation est conditionné par la réussite du concours. Mais l'accès au concours n'est conditionné que par un critère d'âge (Minimum 17 ans). Il n'y a pas de formation requise pour être admis au concours.ⁱ

L'Aide-Soignante exerce dans tous les secteurs de soins préventifs ou curatifs, hospitaliers ou non, en étroite collaboration avec le personnel infirmier et sous sa responsabilité. Après 3 ans d'ancienneté, l'aide soignante peut présenter le concours pour être admis dans un institut de formation en soins infirmiers (IFSI)

ⁱ Circulaire N°DGS/SD2C/2007/71 du 19 février 2005 relative à la mise en œuvre de la réforme des études conduisant au diplôme professionnel d'aide soignant.
http://www.cefic.fr/ressources/textes/circulaire_IFAS.pdf

3.1.3 Auxiliaire en puériculture

La fonction d'auxiliaire en puériculture est conditionnée par la détention du titre professionnel délivré par les instituts agréés—IFAP : institut de formation d'auxiliaire en puériculture. La formation est définie par l'arrêté relatif à la formation d'auxiliaire de puériculture du 16 janvier 2006 (JO n° 27 du 1er février 2006).

L'accès à la formation se fait sur concours et les conditions d'accès sont identiques à celui des aides soignantes. Les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture ont d'ailleurs une formation commune de 6 mois et 6 modules identiques (soins, hygiène, réglementation, communication, santé publique, participation aux soins et surveillance des patients...), puis 6 modules spécifiques à leur formation (pour l'auxiliaire de puériculture : notions sur l'enfant et son environnement, grossesse et naissance, enfant sain, malade, handicapé...). La formation dure également 10 mois dont 17 semaines de cours théoriques.

Après 3 ans d'expérience, les auxiliaires de puériculture peuvent se présenter aux concours pour entrer dans un institut de formation en soins infirmiers.

3.2 DIFFÉRENCIATION DE FONCTION

L'activité de l'infirmière est résumée par la loi du 31/05/78 comme un prestataire qui "donne des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, elle participe à des actions en matière de prévention, éducation de la santé et de formation ou d'encadrement".

Des infirmières peuvent être détachées sur des missions transversales dans le domaine de l'hygiène, de la stomathérapie et de l'informatique.

Les activités infirmières visent à une prise en charge holistique du patient, de l'individu aussi bien en milieu de soins que dans la communauté. Ces activités peuvent se résumer comme suit (12) :

- Recueil des données cliniques et identification des besoins et des attentes de la personne et de son entourage
- Établissement du projet de soins et de la planification des activités infirmières pour le patient
- Réalisation et contrôle des soins infirmiers et accompagnement de la personne et de son entourage
- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des patients
- Assistance technique lors de soins réalisés par le médecin
- Information et éducation de la personne et de son entourage
- Rédaction et mise à jour du dossier du patient
- Accueil et encadrement pédagogique des étudiants, des stagiaires et des personnels placés sous sa responsabilité
- Coordination et organisation des activités et des soins concernant un patient ou un groupe de patients pendant
- l'hospitalisation et lors de sa sortie
- Réalisation d'études et de travaux de recherche et veille professionnelle
- Gestion et contrôle des produits, des matériels et des dispositifs médicaux
- Mise en œuvre des procédures d'élimination des déchets

En ce qui concerne le champ de compétences des infirmiers français, celui-ci est décrit de façon extrêmement précise dans le décret de compétence, formalisé en 1993 et modifié en 2004. Ce décret énumère les actes en rôle propre et les actes délégués par un médecin(13) L'article R.431 I-5 définit les actes infirmiers du rôle propre.

L'encadrement est assuré par :

- Les cadres de Santé (décret du 31/12/2001) ;

- les cadres Supérieurs de Santé ;
- le directeur de soins.

Récemment la France s'est dotée d'un ordre professionnel pour les infirmières et infirmiers, décret numéro 2007-522 du 13 avril 2007, qui aura notamment pour mission d'élaborer un code de déontologie, de défendre les intérêts de la profession et sera l'interlocuteur des pouvoirs publics(14).

3.2.1 Différenciation de fonction horizontale

En termes de différenciation horizontale, on distingue en France 4 spécialités conduisant les infirmiers à prester dans un type de service spécifique :

- Infirmier (IDE) pour les services généraux,
- Infirmier spécialisé pour exercer au quartier opératoire pour les aspects 'instrumentation' (IBODE),
- Infirmier anesthésiste (IADE) pour le quartier opératoire (anesthésie) et services de réanimation,
- Infirmier spécialisé en santé mentale (IDESM) : pour les services de psychiatrie (la formation n'est plus organisée ; les IDE sont habilités à exercer en psychiatrie mais le secteur de la santé mentale remet en question ce point).

3.2.2 Différenciation de fonction verticale

En termes de différenciation de fonction descendante, l'infirmière a deux catégories de personnel sous son autorité :

- Agents de Service Hospitalier (décret du 04/05/91). Ils assurent l'entretien, l'hygiène et la désinfection des locaux. Le recrutement s'effectue sans condition de titres.
- Aides-Soignant(e)s, Auxiliaires de Puériculture (décret du 18/04/89). Les AS ou AP collaborent à la distribution des soins infirmiers selon leur champ de compétence spécifique.

En termes de différenciation de fonction ascendante, différentes expérimentations ont été réalisées sous la houlette du Prof Berland. Ainsi, Berland et al. (2006) ont rapporté les résultats d'expériences pilotes de coopération et de délégation de tâches entre médecins et infirmières qui ont été menées en France. Cette étude analyse l'implémentation d'infirmières expertes dans deux domaines : l'hémodialyse et le suivi des patients traités pour une hépatite C chronique.

Les auteurs spécifient que la réalisation d'actes médicaux par les professionnels paramédicaux préalablement formés est faisable dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients. Les auteurs proposent la création d'un nouveau métier : infirmières expertes (15).

Plus en détail, voici les résultats de **l'implémentation de l'infirmière experte en hémodialyse** de l'expérience pilote de Berland et al. (2006)(15).

Le contexte dans lequel cette expérimentation a été conduite est une pénurie annoncée de néphrologues et la progression des patients dialysés (+6% par an). Le rapport Berland a proposé des expérimentations dans divers domaines dont la néphrologie afin qu'une coopération entre professionnels de santé permette de maintenir une prise en charge globale et satisfaisante des patients. La communauté néphrologique s'est associée à cette réflexion.

L'objectif principal était de maintenir l'offre de soins en termes d'activité et de qualité.

Les objectifs secondaires étaient de réallouer le temps médical vers les consultations de dialyse et de néphrologie pour réduire les délais d'attente, ainsi que de permettre à des infirmières investies en hémodialyse d'entrevoir des perspectives de carrières dans le soin.

L'expérimentation a duré 10 mois, pendant lesquels 8,2 ETP Infirmiers Diplômés d'État, sont venus renforcer une équipe de néphrologues dans un centre de dialyse comprenant 10 postes d'hémodialyse.

Les activités des infirmières expertes comprenaient entre autres :

- Évaluation des patients ;
- Interprétation des résultats biologiques ;
- Éducation diététique ;
- Suivi de la compliance au traitement ;
- Renouvellement d'ordonnance ;
- Programmation des examens biologiques ;
- Proposition de modification thérapeutique au médecin ;
- ...

Les auteurs citent les limites suivantes :

1. La durée de l'étude était limitée pour un processus d'apprentissage long ;
2. La réalisation de tests statistiques n'a pas été jugée pertinente du fait du manque de puissance de l'échantillon ;
3. La satisfaction des patients n'a pas été évaluée ;
4. Le fait qu'il s'agissait d'une étude pilote, sujette à de nombreux biais (qualité et exhaustivité des mesures ; choix des indicateurs en fonction des données disponibles et dont la pertinence peut être discutée).

Les auteurs font la conclusion suivante: « La coopération entre professionnels de santé est donc possible en toute sécurité pour les patients dans les conditions dans lesquelles l'expérimentation s'est déroulée. Les résultats obtenus ne permettent toutefois pas de préjuger de leur généralisation à d'autres contextes d'exercice. Des expériences à l'étranger relatent déjà toutefois de telles délégations avec pour conclusions la création de nouveaux métiers comme au Québec, ou les « nurse practitioners » en hémodialyse reçoivent une formation spécifique.

Une réflexion a été menée dans ce sens par le groupe des enseignants en néphrologie. Des propositions basées sur la création de nouveaux métiers dans le cadre du LMD [licence – maîtrise – doctorat : réforme de Bologne] ont été suggérées.

Mais il ne faut pas oublier que dans de nombreuses équipes, certaines des tâches étudiées dans l'expérimentation sont déjà déléguées, réparties peut-être sur plusieurs personnes : ne faut-il pas alors formaliser ces tâches ?

Ne peut-on pas faire plus de choses dans le cadre réglementaire actuel ou faut-il le changer ? »

Voici les détails de **l'expérience du suivi des patients traités pour une hépatite C chronique par une infirmière experte**, présenté par Berland et al. (2006) (15).

1. Cette expérience faisait suite à une réflexion de la Société nationale française de gastro-entérologie par rapport aux problèmes de la démographie médicale dans les spécialités. Elle avait suggéré des expérimentations pour certaines pathologies chroniques concernant le tube digestif, les maladies du foie et la pratique des explorations fonctionnelles digestives. Le transfert de tâches pour le suivi des patients atteints d'hépatite C a été retenu. De plus, l'hépatite C est une pathologie en augmentation, aux conséquences graves et qui nécessite un traitement lourd.
2. L'objectif principal était de maintenir et d'améliorer la qualité et l'activité des soins dans un contexte d'augmentation du nombre de consultations et la raréfaction des hépato-gastroentérologues. Les objectifs secondaires étaient :
 - a. Améliorer l'adhésion du patient à son traitement ;
 - b. Améliorer la prise en charge des patients n'ayant pas répondu au traitement ;
 - c. Diminuer le nombre de consultations médicales ;

- d. Réduire le délai d'attente de premier rendez-vous ;
- e. Reconnaître le travail des infirmières déjà effectif sur le terrain ;
- f. Définir les conditions d'une formation adaptée ;
- g. Définir les conditions d'une généralisation (profil de poste).

L'expérimentation a consisté à la collaboration d'une infirmière experte avec un médecin spécialiste pour la consultation des patients différents atteints d'Hépatite C. Cette expérience pilote a duré une année pendant laquelle l'infirmière experte a suivi 80 patients.

Les activités qui étaient assurées par l'infirmière experte étaient les suivantes :

- Consultation autonome ;
- Évaluation de la situation clinique du patient ;
- Information sur la maladie ;
- Analyse des résultats biologiques ;
- Adaptation éventuelle du dosage des médicaments suivant des grilles existantes ;
- Prescriptions d'examen biologiques pouvant être validés par le médecin.

Les auteurs citent les limites suivantes :

1. Les limites liées à la taille de l'équipe : l'expérimentation a concerné un seul médecin et une seule infirmière qui avaient l'habitude de collaborer depuis plusieurs années ;
2. Les limites liées au nombre de patients traités : la file active de patients atteints d'hépatite C est relativement importante pour un Centre Hospitalier Général mais peu importante en regard des files actives de certains Centres Hospitaliers Universitaires. D'autre part, il n'y a pas eu de groupe contrôle pour valider l'effet positif de cette expérimentation chez les patients suivis par l'infirmière experte par rapport à des patients suivis de façon traditionnelle.
3. Les limites liées à l'expérience antérieure de l'infirmière avaient rendu difficile la possibilité de bien cibler la formation nécessaire avant une telle collaboration. En effet, l'infirmière qui avait participé à l'expérimentation était parfaitement formée à la pathologie mais également à la relation d'aide.

Les auteurs concluent à la faisabilité de la délégation d'activité du médecin à l'infirmière, à l'absence de perte de chance pour le patient et à une meilleure observance thérapeutique. Par contre, le gain de temps médical n'a pas pu être mis en évidence. L'évolution de la démographie médicale et l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques sont les deux principaux arguments à l'implémentation de la délégation. La collaboration s'est traduite par une synergie et une coopération au quotidien. Les auteurs mentionnent une résistance médicale sur base des prérogatives médicales et une résistance infirmière liée aux décrets de compétences. C'est pourquoi, ils précisent que les frontières entre les différentes fonctions doivent être clairement définies.

Si certaines infirmières ont manifesté une certaine résistance, de manière générale cette délégation a été bien acceptée par la profession infirmière.

Berland (2003) dans un rapport antérieur note que de **multiples expériences** ont vu le jour dans le milieu hospitalier et plus particulièrement impliquant des infirmières dans des pratiques orientées vers les pathologies chroniques et tournées vers le conseil. Il cite notamment différentes expériences de consultation infirmière :

- La prise en charge de patients (ex : patients diabétiques) ;
- L'éducation des patients (patients asthmatiques, ou porteurs de stomies, ou d'affections intestinales chronique inflammatoire ou dialysés) ;
- l'information de patients à la transplantation d'organes.

L'auteur note que les infirmiers, participant à ces initiatives de transfert de compétences en consultation, sont sélectionnés non pas sur un niveau de formation adapté à leurs nouvelles tâches, mais sur le volontariat et sans doute l'expérience professionnelle. Enfin ces infirmiers sont souvent utilisés à d'autres périodes pour d'autres tâches notamment dans les unités d'hospitalisation. L'activité de consultation est alors délaissée lorsque le personnel n'est plus en nombre suffisant dans les unités d'hospitalisation(16).

Dans cette perspective, Berland parle de transfert de compétences mais ceci correspond à la délégation au sens de Sibbald. Ce « Transfert de compétences » signifie que certaines compétences infirmières et/ou certaines activités soignantes sont confiées à d'autres professionnels de santé.

4 LES PAYS BAS

4.1 FORMATION

Suite aux développements du secteur de la santé, un nouveau système de formation est entré en vigueur depuis 1997, partant de 5 niveaux de qualification différents :

- niveau de qualification 5 : praticien de l'art infirmier (PAI) de premier niveau (HBO^j, 4 ans) ;
- niveau de qualification 4 : PAI de deuxième niveau (MBO^k, 4 ans) ;
- niveau de qualification 3 : « verzorgende » (MBO, 3 ans) ;
- niveau de qualification 2 : « helpende » (MBO, 1 à 2 ans) ;
- niveau de qualification 1 : « Zorghulp » (Ian) (17).

Kersten (2003)(18) décrit ces différents niveaux. Le PAI de niveau 5, formé dans une Haute Ecole, se préparerait, en général à la fonction de PAI 'senior'. Pour le PAI formé par un MBO, c'est l'exécution du soin qui se trouve au centre de sa pratique.

Les soins de santé individuels (*individuele gezondheidszorg*, IG = niveau 3) sont, selon Kersten, dispensés par des professionnels effectuant aussi bien des soins de base que des actes infirmiers courants. L'aidante (niveau 2) aide le PAI lors de soins directs au patient, par exemple lors d'une toilette. L'assistante (niveau 1) travaille à la limite du soin et du soutien logistique, par exemple, la gestion des fleurs et le rangement de la chambre du patient.

La survenue de nouvelles formations pour les PAI et soignants a réactivé la discussion au sein des hôpitaux aux Pays Bas, en ce qui concerne la différenciation des fonctions (Van de Ven & Habes, 2002 ; Mens, 1999 ; Van Beelen, 1998)(19;20).

Le nouveau système de formation mis en place permet une distinction entre les différents soignants impliqués dans les soins infirmiers (De Nier –Van Lubeek, 1999).

Il existe pour l'instant une multitude de formations continues pour les PAI et les soignants.

En 1997 la première formation des ANP (Advanced Nurse Practice) a débuté. Pour l'instant, la formation est assurée par 7 Hautes Ecoles aux Pays Bas (Pasch & Vroom, 2004). Il s'agit d'une formation en 2 ans, qui permet d'accéder à un diplôme de Master (Bormans et al., 2003)(21).

Les conditions à remplir par les étudiants, pour pouvoir accéder à ces formations sont décrites par Legius (2003)(22) :

- être des PAI, enregistrés selon la loi « Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg, Wet BIG ».
- maîtriser le niveau de travail, de pensée et d'apprentissage de l'enseignement supérieur.
- avoir bénéficié d'une expérience professionnelle utile de deux ans.
- travailler (au moins 20 heures par semaine) dans un lieu professionnel propice à l'apprentissage.
- maîtriser le néerlandais oral et écrit.
- être capable de lire la littérature en anglais.

La formation, ainsi que la fonction, sont répartis sur plusieurs lieux de travail : les soins intensifs, les maladies chroniques, les enfants et les adolescents et la santé mentale (Bormans et al., 2003)(21).

^j HBO=Hoger Beroepsonderwijs ; il s'agit d'une enseignement professionnel, dispensé par une Haute Ecole
^k MBO=Middelbaar Beroepsonderwijs. Cette formation professionnalisante, dispensée en 2, 3 ou 4 années, permet, à la suite de la 4^{ème} année, d'accéder éventuellement à l'enseignement supérieur.

La formation d'assistant médical (*physician assistant*) se fait sous la forme d'un Master en 2,5 ans. Pour l'instant, elle a débuté à Utrecht en 2001 et est proposée également à Nijmegen.

Il existe un règlement, le '*Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgopleiding*', qui formalise la reconnaissance des formations continuées pour les PAI spécialisés, dont la pratique professionnelle est liée aux spécialisations médicales et fonctions hospitalières (Vlaskamp, 2000)(23).

4.1.1 Législation

Le titre de Praticien de l'Art Infirmier est protégé par la loi BIG (*Beroepen Individuele Gezondheidszorg*). L'article 33 de cette loi définit le champ d'action des compétences des PAI :

- la réalisation de prestations dans le domaine de l'observation, de l'accompagnement et des soins ;
- à la suite d'une mission de la part d'un praticien professionnel dans le domaine des soins individuels ;
- la réalisation de prestations à visée diagnostique et thérapeutique.

Il n'y a pas de différenciation selon le niveau de qualification.

L'article 14 de la loi BIG offre la possibilité à l'association professionnelle d'organiser les spécialités. En définissant ces spécialités infirmières, la loi offre une base légale pour la reconnaissance des titres particuliers, ainsi que la protection de ce titre. Pour l'instant, il n'existe pas encore une définition très claire quant au contenu de ce concept de 'spécialité infirmière'. De même, il n'existe pas encore de spécialités à proprement parler (Portengen et al., 1999)(24).

La nurse practitioner est assimilable à l'infirmière spécialiste. Ceci induit que la nurse practitioner doit satisfaire aux critères de formation de l'infirmière spécialiste. Les compétences requises sont régies par l'article 36 de la loi BIG (AVVV, 2006)

4.2 LA DIFFÉRENCIATION DE FONCTION

La recherche de Van Dam et al. (2004)(25;26) a démontré que la grande majorité des hôpitaux aux Pays Bas se penche actuellement sur la différenciation de fonction au niveau des soins aux personnes.

Il existe de grandes différences entre hôpitaux en ce qui concerne le stade d'implémentation de la différenciation de fonction.

La différenciation de fonction signifie que, sur un même lieu de travail, on rencontre différents niveaux de formation. C'est aux organisations qu'il revient de choisir qui (de quel niveau de formation) effectue quelle tâche dans le cadre des soins. Il n'existe pas de consensus quant à la manière dont se déroule cette différenciation (Wynia, 2001)(27).

Chaque hôpital choisit une différenciation de fonction qui lui est propre et développe une structure de fonction personnelle. Ceci explique qu'il existe différentes fonctions ayant une même appellation, mais ayant un contenu différent. Beckers et Nijhuis (2005)(28) énumèrent une série de fonctions dans les hôpitaux des Pays Bas que nous avons regroupées en quatre orientations :

I. Orientation soins

- infirmière
- infirmière 'senior'
- 'nurse practitioner'
- infirmière spécialisée
- infirmière d'aide d'urgence 'SEH' vpk pour Spedeisende Eerste Hulp-vpk.

¹ Le terme « Infirmière » est utilisé au féminin. Dans le texte, ce terme regroupe aussi bien les infirmières que les infirmiers.

2. Orientation gestion
 - infirmier en chef
3. Orientation coordination
 - coordinateur de soins
 - infirmière coordinatrice
4. Orientation aide et assistance
 - assistante en soins
 - aidant

Selon Beckers & Nijhuis (2005)(28) il semblerait qu'au niveau national, on soit en train de tenter d'uniformiser les pratiques.

Dans plusieurs hôpitaux des Pays Bas, une différenciation a été testée de manière ascendante, aussi bien que descendante.

Ces fonctions peuvent être classées en 4 groupes :

1. fonctions d'expert : fonctions d'Advanced Nursing Practice
2. fonctions infirmières et de soins : p.ex. infirmière coordinatrice, infirmière 'senior', coordinateur de soins, etc.....
3. fonctions générales et de soutien : fonction de niveau assistante et aidant
4. fonction managériales : fonction de leader sur le terrain

Sur base de quelques projets aboutis dans les hôpitaux des Pays Bas, cette nouvelle présentation de fonctions sera illustrée par ce qui suit.

En 1997, le Centre Médical Universitaire **St Radboud** a démarré un projet de différenciation de fonction pour vérifier comment les professionnels fraîchement émoulus des différentes filières de formation pouvaient être intégrés au mieux. Dans cet hôpital, 6 fonctions ont été identifiées : expert (universitaire), infirmière 'senior' (HBO : niveau 5), infirmière (HBO et MBO, de niveau 5 et 4), soignante (niveau 3), assistante (niveau 2) et aide logistique (niveau 1).

Le fil rouge de la fonction senior est le leadership informel (Bögels et al. 2006)(29). Le senior doit pouvoir donner un feedback et faire du coaching et, à côté de la dispensation de soins, viser l'amélioration de la qualité des soins (Van de Pasch 2000). Les professionnels qui viennent de finir leur formation ne peuvent pas devenir d'emblée senior.

Au fur et à mesure du développement de leurs compétences et de l'acquisition de l'expérience, ils pourront évoluer horizontalement par la suite.

L'expert possède, selon Kersten (2003)(18), une expertise qui dépasse le cadre de l'unité, pour rencontrer les besoins d'un ou de plusieurs groupes de patients. Il s'agit de fonctions pour des collaborateurs ayant bénéficié d'une formation scientifique.

Ces six fonctions ne doivent pas nécessairement toutes être représentées au sein d'une même unité. A côté des fonctions d'expert, de senior et d'infirmière, il revient à chaque unité de faire le choix parmi les autres fonctions (de soutien). En intégrant d'autres niveaux, on pourrait libérer davantage de temps pour les soins aux patients (Pasch, 2000).

L'hôpital Canisius, à **Nijmegen** a choisi pour une autre option. Ils travaillent avec des infirmières responsables. Ils ont opté pour un modèle à trois niveaux de fonction : 3, 4 et 5. Par unité, ils étudient ce qui représenterait le meilleur choix (Delft, 1998).

L'hôpital Universitaire **d'Utrecht** (AZU) et l'hôpital Lorentz à **Zeist** fonctionnent également avec des infirmières responsables (Van Beelen, 1998, Mens, 1999)(19;20).

L'infirmière responsable est, comme son nom l'indique, responsable de la planification, la réalisation, l'évaluation et l'adaptation des soins, depuis l'admission du patient jusqu'au moment de son départ de l'hôpital. Les infirmières suppléantes administrent les soins planifiés, dans le cadre donné par l'infirmière responsable ; ils ne planifient pas les soins (Rosier, 2003).

A l'hôpital Boven IJ à **Amsterdam**, des infirmières travaillent en binôme dans les unités de soins. Ces binômes comprennent une infirmière et une assistante en soins (Niggebrugge, 1996). Ceci est une application du modèle '*partners in practice*', dans lequel une infirmière s'associe à une non-infirmière pour les soins (Verschueren, 2004). Les assistantes travaillent en mission et sous la responsabilité des infirmières. A cause de cela, les infirmières sont forcées de réfléchir au premier niveau, avant d'attribuer une tâche à une assistante (Niggebrugge, 1996)(30).

Selon Van Scheijen, le gestionnaire de cet hôpital, l'effet est remarquable et les infirmiers de niveau 5 choisissent davantage de travailler à l'hôpital Boven IJ grâce à cela (Delft, 1998).

La différenciation de fonction a été étudiée et développée dans différents hôpitaux aux Pays Bas. C'est ainsi que des *Advanced Nursing Practitioners* travaillent dans certains hôpitaux.

Dans l'hôpital Maasland, la fonction de '*nurse practitioner*' (NP) a été créée, pour la pneumologie pédiatrique. Elle reprend partiellement la fonction des pédiatres. Son lieu de travail est la polyclinique pédiatrique. La grande différence avec la fonction d'infirmière pédiatrique en pneumologie est que la NP de pneumologie pédiatrique, en plus de son activité infirmière, réalise également des actes médicaux, tels que l'anamnèse médicale, l'initialisation d'un traitement ou d'un examen et l'évaluation d'un traitement (Legius, 2003)(22).

C'est également le cas pour les '*physician assistants*', qui ont aussi fait leur entrée dans les hôpitaux aux Pays Bas. Deux Hautes Ecoles (Utrecht et Arnhem) organisent des formations qui préparent les futurs professionnels à cette réalité (Pasch & Vroom, 2004).

Une nouvelle fonction qui a été créée aux soins intensifs de différents hôpitaux est le '*ventilation practitioner*' (VP). Un VP est un PAI, travaillant aux soins intensifs, qui s'est spécialisé dans la ventilation du patient. Le VP contribue à la gestion des soins apportés à la ventilation aux soins intensifs. Sa mission principale est d'améliorer la qualité du soin par le biais d'une formation continue, ainsi que la recherche et l'implémentation de nouvelles pratiques

(Bormans et al., 2003)(21). Comme cette fonction est relativement nouvelle, son profil se développera davantage au fil du temps, selon ces mêmes auteurs.

Selon Van den Berg (2005)(31), la plupart des hôpitaux aux Pays Bas qui ont implémenté une différenciation de fonction souhaiteraient étendre le concept vers d'autres services que ceux des soins infirmiers, comme les polycliniques, les soins intensifs, les unités fonctionnelles et les pratiques de soins intensifs.

5 PROVINCE DU QUÉBEC - CANADA

5.1 FORMATION

5.1.1 Formation pour accéder au titre d'infirmière

Il existe plusieurs niveaux de formation au Québec - Canada, chaque niveau de formation dépend d'une filière d'enseignement particulière.

- un niveau collégial (formation plus technique), de niveau secondaire supérieur non universitaire, dispensé dans les collèges d'enseignement général et professionnel -CEGEP- donne accès à la profession infirmière.
- Un niveau baccalauréat forme des infirmières avec un premier degré universitaire.
- Un niveau de maîtrise (« Master's degree ») dispensées à l'université forme des infirmières avec un deuxième degré universitaire.

Formation de niveau secondaire supérieure non universitaire

La formation dispensée dans les CEGEP dure 3 ans et est composée de 6 modules de 5 mois, soit 91 2/3 unités (1 unité = 45h) dont 65 en formation spécifique reprenant les aspects théoriques et pratiques autour d'un même thème. C'est un programme d'études techniques dont l'objet principal est de préparer au marché du travail. Un stage d'intégration ainsi qu'une épreuve de synthèse terminent la formation. Au terme de cette formation, la candidate est porteuse du diplôme d'étude collégiale en soins infirmiers et a le droit d'exercice en tant qu'infirmière généraliste. Elle ne pourra travailler en tant qu'infirmière qu'après avoir réussi l'examen de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Pour avoir accès à la formation des CEGEP, l'étudiante doit être titulaire du diplôme d'études secondaires ou du diplôme d'études professionnelles décerné par le Ministre de l'Éducation.

Ce programme du diplôme d'étude collégienne (DEC) en soins infirmiers comprend (L.R.Q.,c.C-29,a.18;1993,c.25, a.11) :

- une formation générale commune à tous les programmes du CEGEP c'est-à-dire des cours de langue (français) et littérature, de seconde langue (anglais), philosophie, éducation physique;
- une formation générale spécifique au programme de la formation en soins infirmiers;
- une formation générale complémentaire c'est-à-dire sciences humaines, culture scientifique et technologique, langue moderne, langage mathématique et informatique ainsi que art et esthétique;
- une formation spécifique au programme en soins infirmiers

La formation en soins infirmiers dispense une formation selon 5 axes déterminés par le Ministère de l'Éducation :

1. la connaissance de la personne,
2. la démarche en soins,
3. la communication,
4. l'engagement professionnel,
5. l'actualisation de soi.

L'infirmière porteuse du diplôme d'étude collégienne -DEC- en soins infirmiers peut suivre des certificats dispensés à l'université.

Ces certificats sont des spécialisations dans des domaines spécifiques (par ex : gériatrie – gériatrie).

Chaque certificat comporte 30 crédits c'est-à-dire 30 cours de 45 heures (travail personnel compris). L'accumulation de 3 certificats donne à la candidate le titre de "bachelier en soins infirmiers par accumulation de certificats".

Le profil des étudiantes souhaitant se former à l'art de soigner par la filière des CEGEP est orienté vers le patient et les aspects cliniques de sa prise en charge. Au terme de leur formation, ces infirmières sont fonctionnelles car elles ont bénéficié d'une formation pratique plus importante. Les infirmières formées par les CEGEP travaillent préférentiellement en milieu hospitalier où elles bénéficient d'un meilleur encadrement.

5.1.1.1 *Formation universitaire*

La formation universitaire prévoit deux volets.

5.1.1.2 *Baccalauréat*

La formation universitaire se déroule en 2 temps sur une période de 5 ans. En effet, les deux premières années sont dispensées par un CEGEP et abordent les sciences de la nature (biologie, chimie, biochimie, physique,...). Les 3 dernières années se déroulent à l'université et abordent les soins infirmiers proprement dits. Une formation en gestion des ressources humaines, management financier et recherche est prévue dans le programme.

Au terme de cette formation, la candidate est porteuse du titre de "bachelier en soins infirmiers" et pour pouvoir exercer, doit présenter également l'examen de l'Ordre (OIIQ). Ayant reçu une formation développant l'autonomie professionnelle, le champ d'exercice de l'infirmière bachelière est le milieu hospitalier, les centres de long séjour et les Centres locaux de services communautaire (CLSC) qui reçoivent des patients ambulatoire. Les étudiantes choisissant la filière universitaire sont d'emblée plus ambitieuses et ont plus le goût du leadership, de la recherche.

En effet, des activités tels que l'encadrement du personnel infirmier, la spécialisation en soins infirmiers ainsi que les domaines de l'administration, de l'éducation et de la recherche nécessitent une formation universitaire (L.R.Q.,c.C-29,a.18;1993,c.25, a.11).

La titulaire d'un baccalauréat peut réaliser ensuite une maîtrise en soins infirmiers d'une durée de deux ans qui donne une formation poussée en recherche, en gestion et en leadership.

5.1.1.3 *Maîtrise*

L'objectif de la maîtrise est de former à la recherche en soins infirmiers, au leadership clinique, à l'esprit de recherche, à la promotion du transfert des connaissances et à l'esprit novateur des gens ayant déjà une bonne connaissance des soins infirmiers, afin qu'ils deviennent des agents de changement au sein de leur milieu de travail. Certaines infirmières optent dans ce cadre pour le domaine spécialisé (par exemple, la gériatrie, suivent les cours qui y sont relatifs et réalisent leur thèse de maîtrise dans le domaine). Elles deviennent infirmières bachelières spécialisées.

La maîtrise en soins infirmiers offre 3 débouchés :

1. la fonction d'infirmière clinicienne si la titulaire du titre est plus sensibilisée à la problématique clinique,
2. la fonction d'infirmière-chef de service si la titulaire est plus sensibilisée aux problèmes administratifs et de gestion d'équipe;
3. le doctorat en soins infirmiers si la titulaire est intéressée par la recherche.

Les 2 premières fonctions peuvent être assumées en centre hospitalier ou en centre d'hébergement^m.

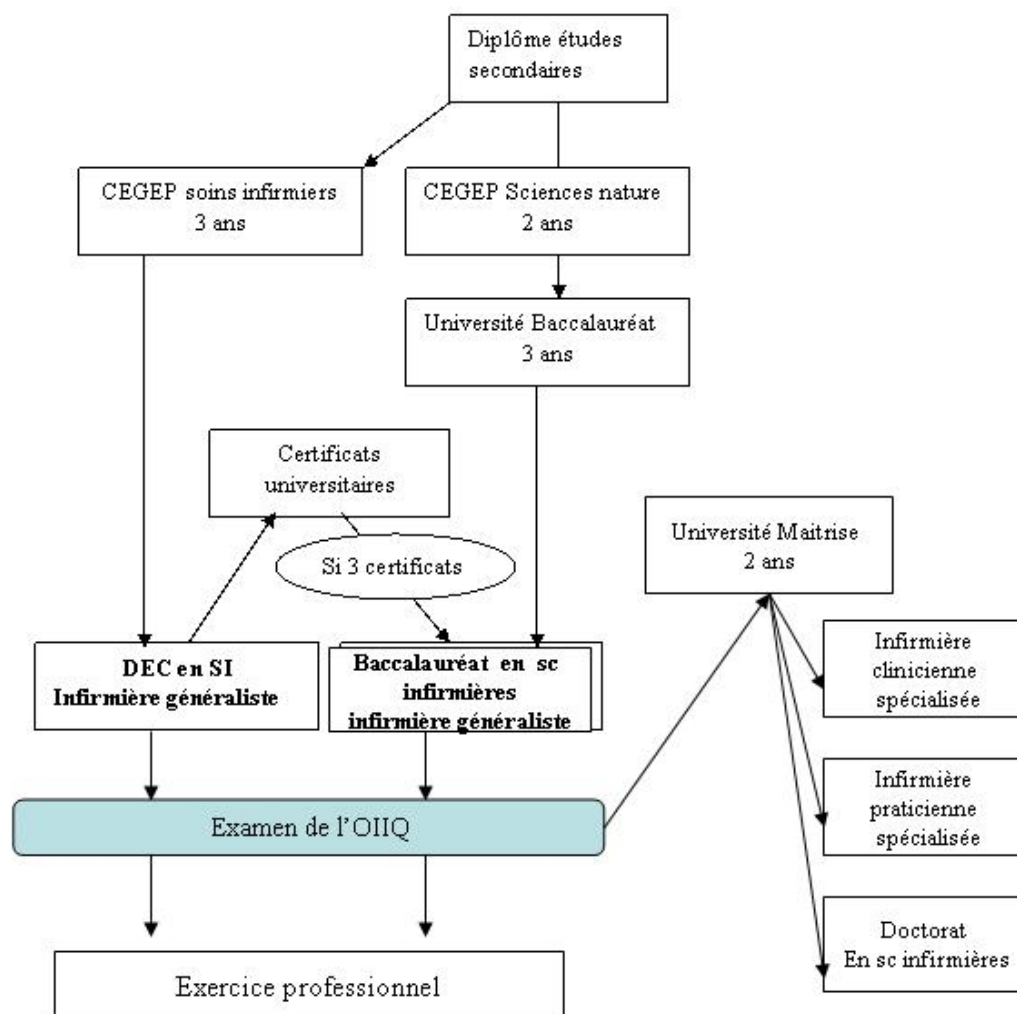
Le partage des tâches entre les infirmières et les autres professionnels de la santé est régi par la loi sur les infirmières entrée en vigueur le 30 janvier 2003, modifiant la loi de 1973.

m Gobert M. Rapport de séjour d'études au Québec à l'attention du FNRS. UCL, 1999, 37 p – rapport non publié

La loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé introduit les changements suivants (32) :

1. Une reconnaissance du jugement clinique infirmier : évaluation de la condition physique et mentale des personnes symptomatique, surveillance clinique des patients, le suivi des clientèles complexes et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier.
2. La loi confirme la compétence des infirmières pour effectuer et ajuster les traitements médicaux, administrer et ajuster les médicaments.
3. Les infirmières obtiennent un rôle fondamental en première ligne, notamment pour les activités de santé publique : initier des mesures diagnostiques pour un dépistage de certaines pathologies (maladie sexuellement transmissible et tuberculose), administrer l'ensemble des vaccins (compris dans le protocole d'immunisation du Québec) sans ordonnance.
4. La marge décisionnelle de l'infirmière est accrue, notamment pour le traitement des plaies et le recours aux mesures de contention.
5. Dans l'évaluation de l'état de santé des patients avant une évaluation médicale, l'autonomie de l'infirmière est accrue. Elles peuvent notamment initier des mesures diagnostique et thérapeutique selon une ordonnance collective.
6. Reconnaissance légale de l'infirmière praticienne en spécialité qui pourra : prescrire des examens diagnostique, utiliser des techniques diagnostiques invasives, effectuer des prescriptions médicales.

Figure 3.4 Formation et accès à la profession au Québec - Canada



Légende

CEGEP : collège d'enseignement général et professionnel

DEC : Diplôme d'études collégiennes

SI : soins infirmiers

OIIQ : Ordre des infirmiers et infirmières du Québec

Figure construite par les auteurs

5.1.1.4 *Ordre professionnel :*

Notons que pour les infirmières québécoises tant l'affiliation à l'ordre professionnel que la syndicalisation sont obligatoires.

L'Ordre des Infirmières et Infirmier du Québec (OIIQ) a pour fonction principale d'assurer la protection du public en contrôlant, notamment, l'exercice de la profession infirmière par ses membres(33). Différents comités existent, soit pour répondre à un besoin particulier (comité ad hoc), soit de façon permanente. L'OIIQ comprend principalement les comités suivants :

- Le comité administratif
- Le comité de discipline
- Le comité de l'examen professionnel
- Le comité d'inspection professionnel
- Le comité de révision

5.1.2 Formation du personnel soignant

5.1.2.1 *Préposé aux bénéficiaires – aide infirmière et aide soignantes*

Le 'préposé aux bénéficiaires (PAB) est titulaire d'un diplôme de fin d'études secondaires et doit avoir suivi un cours de formation de préposé(e) aux bénéficiaires.

Plusieurs possibilités de formation sont possibles :

- quelques années d'études secondaires ou une formation en cours d'emploi
- un programme d'études d'aide-infirmier ou d'aide-soignant en milieu collégial ou en établissement privé,
- un programme collégial de préposé aux soins infirmiers,

Certains établissements de soins peuvent aussi exiger des cours spécialisés, (par exemple en réanimation cardiorespiratoire, en premiers soins et en manipulation des aliments ou en techniques de stérilisation).

5.1.2.2 *L'infirmière auxiliaire*

C'est dans un contexte de pénurie infirmière que cette profession, reconnue en 1973, a vu le jour au début du 20^{ème} siècle. Le programme d'études des 'santé, assistance et soins infirmiers —SASI— est élaboré par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (MELSQ) et est offert dans les centres de formation professionnelle. La formation est réalisée sur une période de deux ans (1800 heures) exclusivement axées sur l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques en soins infirmiers.

Le programme de formation SASI conduit à l'obtention d'un diplôme d'études professionnelles (DEP) et à la profession d'infirmière auxiliaireⁿ. L'accès au titre d'infirmière auxiliaire est aussi octroyé aux personnes ayant suivis en partie le programme DEC en soins infirmiers dans un CEGEP.

5.2 DIFFÉRENCIATION DE FONCTION

Au Québec, les infirmières exerçant en première ligne, dans les Centres Locaux de Santé Communautaire (CLSC), doivent avoir un niveau Baccalauréat. Les infirmières cliniciennes ainsi que les infirmières en pratique avancée et les infirmières en gestion doivent avoir un niveau de formation de Maîtrise.

Il faut noter que les infirmières issues des trois niveaux de formation exercent des fonctions plus ou moins différenciées sur le terrain selon leur milieu de travail.

De plus il faut mentionner que des infirmières auxiliaires et les aides soignants (préposé aux bénéficiaires) renforcent le staff soignant à l'hôpital.

Préposé aux bénéficiaires – aide infirmière et aide soignantes

Sous la responsabilité du chef d'unité et sous la supervision des infirmières de l'unité, les aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires exercent une partie ou l'ensemble des fonctions suivantes :

- L'aide pour tous les besoins de bases de la vie quotidienne (hygiène, alimentation, élimination, réfection des lits, rangement de la chambre, ...), organiser et proposer des loisirs aux patients, accompagner les patients au cours de sorties pour divertissement et s'acquitter d'autres tâches auprès des patients;
- La prise de paramètres (TA, T°, pouls,) et prélèvements les spécimens, effectuer des lavements et d'autres tâches suivant les instructions du personnel infirmier et hospitalier;
- Le transport de patients, des échantillons, ...;
- La contribution à la transmission des informations ou ;
- La tenue à jour l'inventaire des fournitures;

ⁿ Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale <http://imt.emploi.quebec.net>

- La maintenance du matériel de soins

Ces personnes travaillent dans des hôpitaux, des centres de soins infirmiers et d'autres établissements de soins de santé^o. (Association des préposés aux bénéficiaires du Québec <http://apabq.quebec.com/fonction.pdf>)

5.2.1 L'infirmière auxiliaire

Suivant le nouveau champ de pratique reconnu à l'infirmière auxiliaire, elle peut contribuer à l'évaluation de l'état de santé de la personne et à la réalisation du plan de soins. L'infirmière auxiliaire ne peut pas exercer cette activité en pleine et entière autonomie ; elle travaille sous la responsabilité de l'infirmière. Néanmoins, elle est responsable lors de la prestation d'un acte qui lui est réservé, de choisir le bon dispositif, la bonne solution et le site d'injection, de régler adéquatement le débit et de le maintenir, de vérifier le site d'injection, de transmettre à l'infirmière ses observations, etc (OIIQ).

L'accès à l'exercice de la profession est régi par l'Ordre des Infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ).

La loi 90, élargit les activités pouvant être réalisées par les infirmières auxiliaires en autorisant la participation accrue aux soins infirmiers. En vertu de l'article 37.1 5° du Code des professions, 9 activités ont été réservées à l'infirmière auxiliaire.

1. Appliquer les mesures invasives d'entretien du matériel thérapeutique.
2. Effectuer des prélèvements selon une ordonnance.
3. Prodiger des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier.
4. Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques.
5. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament selon une ordonnance.
6. Administrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
7. Administrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
8. Introduire un instrument ou un doigt, selon une ordonnance, au-delà du vestibule nasal, au-delà des grandes lèvres, du méat urinaire ou de la marge de l'anus ou dans une ouverture artificielle du corps humain.
9. Introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique à des fins de prélèvement, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94^p.

Un règlement, entré en vigueur le 22 mai 2003, précise les objectifs du programme de formation continue. Il doit en effet permettre aux infirmières auxiliaires d'acquérir les connaissances théoriques et pratiques pour :

- effectuer un prélèvement de sang par ponction veineuse ;
- Installer un tube nasogastrique ;
- Administrer des vaccins.

L'infirmière auxiliaire peut non seulement dispenser des soins et traitements en vertu du plan de soins (plan thérapeutique infirmier) et du plan de traitement infirmier, mais qu'elle peut aussi le faire en vertu d'une ordonnance médicale individuelle ou collective, dans le cas où elle est appelée à travailler en étroite collaboration avec le médecin.

^o Association des préposés aux bénéficiaires du Québec <http://apabq.quebec.com/fonction.pdf>

^p Levasseur D, Ledoux G. La capacité légale de l'infirmière auxiliaire : Champ de pratique et activités réservées en vertu de la loi 90 l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Mai 2004 ; <http://www.oiaq.org/publication/capacite-legale/MultilingualFile/fr/capacite-legalemai2004.pdf>

Le champ d'exercice des infirmières auxiliaires est compris dans celui des infirmières, qualifiant les collaborations entre ces deux professionnels de la santé de collaboration intra-disciplinaire. Notons la complémentarité de ces deux professions. Pour d'Amour et al (2005), la collaboration intra-disciplinaire entre les infirmières et les infirmières auxiliaires consiste en des échanges interpersonnels et en actions collectives en vue d'un but commun prenant forme d'une délégation de tâches. L'infirmière devient simultanément collaborateur et superviseur de l'infirmière auxiliaire.

A ce propos, l'OIIQ précise : « L'infirmière est responsable de ses activités professionnelles, c'est-à-dire de l'évaluation, de la surveillance clinique et de déterminer ses directives infirmières ainsi que des activités d'administration de médicaments et de substances qui lui sont propres. L'infirmière auxiliaire est responsable des activités professionnelles qui lui sont confiées dans le cadre de ce règlement. (...) Dans un contexte d'un partage d'activités entre l'infirmière et l'infirmière auxiliaire, un changement de paradigme s'impose. Du droit de faire, on est interpellé davantage par la compétence requise pour faire et par l'obligation que chaque professionnel assume les responsabilités qui lui incombent. »

5.2.2 L'infirmière

L'infirmière canadienne détient le diplôme d'étude collégiale en soins infirmiers ou un baccalauréat en science infirmière. L'exercice de la fonction n'est autorisé que si elle détient un permis d'exercice délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

L'infirmière organise, coordonne, assure le suivi et évalue les résultats des soins infirmiers qu'elle exécute ou délègue. L'infirmière travaille avec les membres de l'équipe intra et interdisciplinaire ainsi que les partenaires du réseau de la santé.

Malgré la différence de filière d'enseignement, les fonctions infirmières sont les mêmes pour les diplômés universitaires et collégiales. L'infirmière s'inscrit dans un cadre de travail où elle jouit d'un haut degré d'autonomie.

Dans les institutions hospitalières, l'infirmière travaille sous l'autorité du chef d'unité.

L'infirmier chef d'unité est responsable de la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles de son unité de soins. Il supervise et évalue les activités de soins et de services de son unité.

Il est responsable de la qualité des soins infirmiers, de la gestion des risques et du respect des normes et obligations de la profession. Il est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières et d'une maîtrise en sciences infirmières.

L'évolution des connaissances, des traitements et des préventions de la maladie amène une adaptation et une spécialisation de la pratique infirmière. Il y a peu de temps un nouveau titre pour les infirmières bachelières, celui d'infirmière clinicienne, a été proposé et les rôles ont été élargis.

5.2.2.1 L'infirmière clinicienne

L'infirmière clinicienne, en plus d'assurer la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers, applique et évalue des programmes de soins requérant des connaissances avancées. Elle assure la surveillance de la condition clinique du patient.

Elle prodigue des activités d'éducation, de coordination, de consultation et d'enseignement. Elle collabore à la recherche, au développement des nouvelles technologies et des modes d'intervention en santé. Elle assure l'orientation du nouveau personnel en soins infirmiers et participe à son intégration optimale dans l'équipe.

L'infirmière clinicienne spécialiste possède une spécialité dans un domaine particulier de soins. Ces infirmières ayant une formation de niveau maîtrise démontrent une capacité d'analyse des problèmes complexes ou comportant des dimensions bio-psycho-sociales variées.

5.2.2.2 *L'infirmière praticienne*

Les infirmières praticiennes possèdent une formation de deuxième cycle, elles interviennent directement auprès des patients. Le cadre normatif de l'infirmière praticienne est régi par la loi 90.

« L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) est une infirmière qui dispense, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et des soins médicaux répondant aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un domaine de spécialité, en tenant compte de leur expérience de santé. Pour ce faire, elle possède l'expertise dans un domaine clinique spécialisé qui repose à la fois sur une solide expérience dans le domaine et sur une formation de deuxième cycle en science infirmière et en science médicale »⁹

Ces infirmières peuvent prescrire des examens diagnostiques, des traitements médicaux, utiliser des techniques thérapeutiques et diagnostiques invasives (art 36.1). Les spécialités ciblées pour leurs champs d'actions sont : La néonatalogie, la néphrologie, la cardiologie, les soins de première ligne.

⁹ Lignes directrices OIIQ-CMQ sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée (mars 2006)

6 LE ROYAUME-UNI

Certaines petites spécificités caractérisent l'exercice de la profession ou l'organisation de l'enseignement infirmier selon les différentes régions (Angleterre, Ecosse, Pays de Galle, Irlande du N). Nous réalisons une présentation générale de la formation et de l'organisation de soins infirmiers caractérisant l'ensemble du Royaume-Uni.

6.1 FORMATION

Les infirmières se différenciant nettement des sages-femmes, nous limitons notre description à la formation infirmière.

Il existe trois niveaux de formation au Royaume-Uni :

- Diplôme de 'Higher education in nursing'
- Bachelier en nursing
- Diplôme post-gradué en nursing

L'accès au post-graduat n'est accessible qu'au diplômé ayant obtenu un premier degré. La formation donnant accès au post-graduat en nursing est une formation plus courte (2 ans) accessible au titulaire d'un premier cycle (graduat) dans le domaine de la santé souhaitant se réorienter. Seule la spécialisation 'Adulte' est organisée dans cette filière.

La formation est organisée à l'Université depuis le 'Project 2000' en 1996^r. La formation donnant accès au diplôme '*higher education in nursing*' est organisée en quatre ans alors que celle de bachelier en nursing est organisée sur trois années. Bien que la filière de formation soit différente, ces deux titres permettent à leur titulaire de s'enregistrer au '*nursing and midwifery council professional register*'. (<http://www.nhshistory.net/nursing.htm>)

6.1.1 Associate Degree in Nursing (ADN)

Deux à trois ans dans une université préparent à devenir infirmière enregistrée dans un secteur spécifique.

Dans le cadre de cette formation, le candidat doit opter pour une spécialisation ; il a le choix entre :

- Adult (soins infirmiers pour adultes)
- Mental Health (infirmiers psychiatrique)
- Learning disabilities (pathologie médicales)
- Child (pédiatrie)

L'enseignement est modulaire et 50% de celui-ci est réservé à la spécialité, l'autre moitié est commune à ces différentes spécialisations.

Ces formations préparent à l'exercice de la profession tant en milieu hospitalier, que extrahospitalier ou de long séjour.

6.1.2 Bachelor degree in Nursing (BSN)

Les détenteurs du diplôme '*higher education in nursing*', formé dans l'enseignement universitaire ou supérieur durant 4 années ont une formation plus avancée dans les domaines de la communication, le leadership et la réflexion en soins infirmier.

Il existe 4 spécialisations avancées en soins infirmiers nécessitant une formation au moins d'un niveau master:

- Infirmier spécialiste clinique,
- Infirmier sage femme,

^r Macleod Clark J, Maben J. Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses Health Education Research, Vol. 13, No. 2, 185-196, 1998

- Infirmier praticien,
- Infirmier anesthésiste.

L'obtention de la spécialisation nécessite généralement 2 années de formation complémentaire associée parfois une expérience professionnelle. Indépendamment du type d'infirmier, la formation est à la fois théorique et pratique avec un enseignement clinique supervisé dans différents établissements de santé.

La plupart des infirmiers travaillent dans les National Health Services (NHS) mais aussi dans les cabinets médicaux, les maisons de soins et aux centres communautaires.

Figure 3.5 Formation et accès à la profession au Royaume-Uni

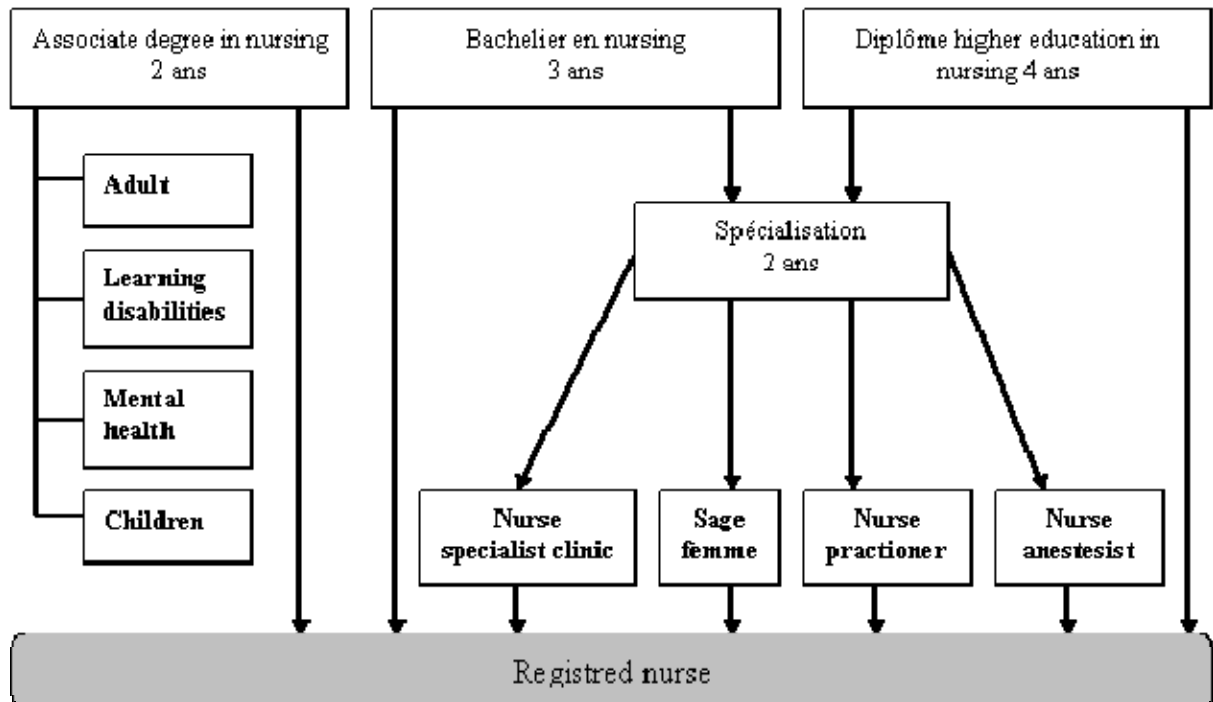


Figure construite par les auteurs

6.2 DIFFERENCIATION DE FONCTION

La profession infirmière et la prestation des soins infirmiers est régulée par le « *Nursing and midwifery council* ». Cette instance nationale a principalement comme mission d'établir des standards et recommandations en termes de qualité des soins mais aussi en termes de formation pour l'accès à la formation. Pour pouvoir exercer au Royaume-Uni, l'infirmier doit se faire enregistrer auprès de cette instance. Le modèle de soins de santé anglais —de type béveridgien— est très centralisé et bureaucratique. Cette caractéristique s'en ressent dans l'organisation de la profession infirmière s'adaptant ainsi au système de santé dans lequel elle est amenée à évoluer.

On distingue les prestataires de soins non enregistrés et les infirmières enregistrées (RN). Une Registered Nurse est une infirmière à qui a été délivré un numéro d'enregistrement par le NMC. Une infirmière qui n'est pas enregistrée doit travailler sous la supervision d'un supérieur hiérarchique (Supervisor)

Les équipes de soins sont composées principalement de Registered Nurses (R.N.) aidée de « second level nurses » (State Enrolled Nurses) et de Nursing assistant.

6.2.1 Staff non enregistré

Parmi eux, il y a lieu de distinguer deux sous-groupes.

1. Les prestataires dans les unités de soins : Ce groupe inclut entre autres,
 - auxiliaires infirmiers
 - assistants en soins de santé,
 - aide logistique (clinical support worker),
 - assistant de soins,
 - assistants infirmiers.

Le travail de ces personnes a un lien direct avec les soins ou l'unité de soins ; ces prestataires réalisent des tâches tels que l'hygiène aux personnes, le support relationnel (converser avec les patients), et l'enregistrement de quelques observations (pouls, TA).

L'infirmière auxiliaire (Auxiliary nurses or nursing assistant) travaille sous la surveillance d'une infirmière pour prodiguer les soins de base aux patients. Elle voit actuellement ses tâches déléguées augmenter, lui permettant d'effectuer des prélèvements sanguins, des réfections de pansements ou la réalisation d'ECG.

Ces personnes travaillent sous la surveillance et la responsabilité de l'équipe infirmière enregistrée.

2. Les prestataires travaillant dans des unités très spécialisées. Ils ne présentent qu'un type d'actes simples et peu variés, ne nécessitant que des connaissances très ciblées. Par exemple, la 'phlébotomiste' (réalisant uniquement les prises de sang), le technicien ECG (réalisant les ECG sans les interpréter). Légalement, ces personnes doivent être supervisées par des RN.

6.2.2 Staff enregistré

6.2.2.1 Infirmière

Comme énoncé précédemment, il existe différents niveaux de qualification dans les infirmières, celles-ci ont des titres différents selon leur spécialisation :

- RGN - Registered General Nurse
- RMN - Registered Mental Nurse
- RSCN - Registered Sick Children's Nurse
- (S)EN - (State) Enrolled Nurse
- RN - Registered Nurse (Applies to adult, child, mental health or learning disability nurses)

Après avoir terminé sa formation, l'infirmière doit s'inscrire dans un NMC (National Midwife Council) afin d'obtenir le permis d'exercer. Ensuite, des formations continues sont disponibles afin de devenir une clinique spécialisée ou de se qualifier comme infirmière praticienne.

Le staff enregistré —RN— comprend 4 profils différents :

1. **Infirmières premier niveau** : les plus nombreuses à exercer en milieu hospitalier, elles travaillent essentiellement au chevet des patients ; rares sont celles qui exercent des fonctions de management ou de spécialistes.
2. **Infirmières second niveau** : de moins en moins nombreuses, ces infirmières sont habilitées à exercer mais la plupart sont désormais pensionnées ou ont entrepris une formation pour devenir 'first level nurse'. La State Enrolled Nurse (SEN) ou « second level » se situe dans un rôle de subordination par rapport à ses collègues Registered Nurse (R.N.) ou « first level » surtout dans les trois premières années suivant sa formation.

La State Registered Nurse est une infirmière certifiée qui a obtenu une qualification plus élevée que la State Enrolled Nurse.

Elle a une compétence reconnue pour la réalisation de toutes les fonctions infirmières. Les SEN ont une formation en soins infirmiers de deux années alors que les R.N réalisent trois années d'études. Les SEN ont un statut inférieur mais, malgré le clivage existant entre les SEN et les RN, les responsabilités ne diffèrent pas. Seules les R.N. ont accès aux spécialisations. Peu d'option de carrière existe pour la SEN.

3. **Infirmières spécialisées** : il existe beaucoup de spécialités différentes. Ces infirmières bénéficient d'une large expérience dans une spécialité et d'une formation théorique et pratique complémentaire.
 - a. *Nurses practitioners* : ces infirmières exercent une pratique avancée, et assument parfois des rôles similaires à celui du corps médical. Elles exercent préférentiellement dans les soins de santé primaires ou dans les services d'urgences (accident and emergency département – A&E département) ou dans le champ de la santé mentale (RCN Nurse Practitioner Association : <http://www.nursepractitioner.org.uk/>)^s. Elles ont la responsabilité de la gestion autonome et complète de patients —le plus souvent chroniques, mais aussi d'informer, former et éduquer tant les patients, que leurs pairs, que les autres prestataires de soins, (RN, Médecin) et les étudiants en cours de formation. Elles ont un droit de prescription et de réorientation du patient vers une structure plus adaptée puisque leurs champs d'action est essentiellement les soins de santé primaire (première ligne) (Maclaine, S.D., <http://www.nursepractitioner.org.uk/>)^t.
 - b. *Specialist community public health nurses*: jadis appelée District nurses, ces infirmières RN ont suivi une formation d'une année supplémentaire et exercent les soins à domicile. Elles sont habilitées à prendre en charge des situations cliniques complexes mais ont des responsabilités plus limitées que leurs collègues nurses practitioners (pas de droit de diagnostic, prescription,). <http://www.beds.ac.uk/courses/bysubject/heacar/ba-heacarspecompubheanurheavis>
 - c. *Clinical nurse specialists*. Ces RN —sur base d'une expérience et une expertise développées dans une discipline très précise (soins palliatifs, cancer du sein, diabète)— assument un leadership clinique et une formation de l'équipe infirmière dans laquelle elle travaille.
 - L'infirmière spécialisée dans les soins aux adultes (Adult Nurses) exerce aussi bien dans les hôpitaux qu'en tant qu'infirmière libérale. L'activité infirmière est centrée sur le patient, ses anxiétés, ses besoins, ... Il s'agit principalement de la prise en charge de personnes atteintes de maladie chroniques, des maladies prolongées ou encore des personnes âgées.
 - Les infirmières spécialisées en psychiatrie (Mental health nurses) auront la possibilité, tout au long de leur carrière, de se spécialiser dans divers domaines tels que la délinquance, la consommation de drogue et d'alcool.
 - L'infirmière en pathologie médicale (Learning disability nursing) a pour fonction d'apporter de l'aide aux personnes handicapées ou en situation de crise à domicile, dans les résidences de soins, dans les écoles ou les lieux de travail. Elle travaille en collaboration avec différents professionnels tels que les assistants sociaux, les psychologues et les enseignants.
 - d. *Nurse consultant* : Ces infirmières partagent les mêmes compétences que leurs consœurs Clinical nurses specialist mais pour l'ensemble des prestataires exerçant dans le département où elle travaille. De plus elles doivent participer à des recherches et publications dans leur spécialité.

^s RCN Nurse Practitioner Association. RCN Example Job Description for a Nurse Practitioner working in General Practice in 2007. RCN Nurse Practitioner Association http://www.nursepractitioner.org.uk/job_descriptions.htm

^t Maclaine K. Job description for nurse practitioners. RCN Nurse Practitioner Association, s.d. http://www.nursepractitioner.org.uk/job_descriptions.htm

- e. *Lecturer-practitioners* : Ces RN travaillent en collaboration avec le NHS dans les universités. Elles partagent leur temps entre une activité clinique à l'hôpital et d'enseignement et de formation à l'université pour les formations des RN (pre ou post-registration nurses). Mais leurs rôles ne semblent pas toujours très clair dans l'exercice clinique (Williamsson, 2004^u).
 - f. *Lecturers* : Ces RN ne sont pas employées par le NHS mais conduisent des recherches et enseignent à l'université à temps plein.
4. **Managers** : Après une longue expérience de soins infirmiers cliniques, ces infirmières assument des rôles de gestion d'équipe et/ou d'organisation (unité, département, ...). Il existe plusieurs fonctions au sein de la structure du NHS. Cette évolution est perçue comme une réelle progression au sein de la carrière bien que suite au développement des rôles de specialist nurse, cette fonction est moins attractive.

6.2.2.2 *Advanced practice nurse*

La catégorie « Advanced Practice Nurse » est une catégorie d'infirmière qui a émergée dans la dernière décennie afin d'offrir une réponse à changement de l'organisation des soins de santé au Royaume-Uni. La pratique avancée consiste en un travail en parallèle avec la profession médicale et avec d'autres professionnels de santé.

Une grande partie du travail traditionnellement réalisé par les médecins généralistes est déléguée au personnel infirmier qualifié. Ceci inclut:

- La prise en charge de certains types de patients par l'application de procédures
- L'évaluation et le dépistage des patients
- Le conseil téléphonique
- L'enregistrement de paramètres et la réalisation de soins chez les patients souffrant de maladies chroniques
- La prescription et l'interprétation de tests diagnostiques tels que les ECG
- La promotion et l'éducation à la santé
- La réalisation de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus
- L'implication dans les travaux d'audit et de recherche.

Quatre spécialités de "Advanced Practice Nurse (APN)" sont distinguées :

1. Nurse Practitioners (NP) : elle prodigue des soins de base spécialisés à un type de population spécifique ou sur un besoins de santé, y inclus, la réalisation de prescription
2. Certified Nurse Anesthetist (CRNA) : elle administre l'anesthésie pour tous les types de chirurgies.
3. Clinical Nurse Specialist (CNS): elle prodigue des soins spécialisés dans un certain nombre de domaines : cardiologie, oncologie, néonatalogie, pédiatrie, neurologie, and santé mentale.
4. Certified Nurse Midwife (CNM): elle prodigue les soins prénataux, réalise les accouchements et les soins post-partum.

Les APNs réalisent des activités qui étaient auparavant dispensées par un médecin. Les actes médicaux pouvant être réalisé par les infirmières sont légèrement différents selon les états. En 2000, près de 7.3% de Registered Nurse ont été préparées à pratiquer au moins un rôle d'Advanced Nurse Practice.

Le rôle de l'infirmière en pratique avancée inclut le diagnostic et le traitement cliniques avec la possibilité inhérente d'un besoin de prescrire.

La prescription infirmière

u Graham R Williamson MA, PhD, RGN (2004) Lecturer practitioners in UK nursing and midwifery: what is the evidence? A systematic review of the research literature. *Journal of Clinical Nursing* 13 (7), 787–795.

En Grande-Bretagne, des changements dans la législation a octroyé aux infirmières enregistrées de premier niveau (First Level Registered nurse) la possibilité de prescription pour un nombre limité de médicaments inscrits au « nurse prescriber's formulary » si cette infirmière a une qualification spéciale. La formation dure 3 à 6 mois et comprend une partie théorique et pratique. La formation est d'un niveau graduat et peut être réalisée si l'infirmière a au moins trois ans d'ancienneté.

6.2.3 Hiérarchie

On peut structurer la hiérarchie au sein de la profession et de l'organisation du travail infirmier comme suit :

1. **Modern matrons** Ce sont des RNs qui assument la supervision d'un ensemble d'unités au sein d'une structure de soins. Une institution de soins peut en employer plusieurs, une par grandes spécialités par exemple (chirurgie, médecine, gériatrie). Elles assurent essentiellement une fonction administrative et supervisent les budgets relatifs à l'hôtellerie (repas et nettoyage) au sein de leur département^v
2. **Senior sister; charge nurse; senior ward manager** : si au sein d'une unité ou d'un département (A&E département), il existe plusieurs chefs d'unité, la senior ward manager supervisera ses pairs.
3. **Charge nurse; ward manager** : Ces RNs ont la responsabilité de l'ensemble de la gestion journalière d'une unité de soins et une responsabilité également budgétaire (McGibbon, 1997)^w.
4. **Junior/deputy sister; charge nurse; ward manager**. Ce sont les RN qui assument un des aspects de la gestion journalière d'une unité de soins ou d'un service. Leurs principales préoccupations sont soit la gestion de la prise en charge des patients au quotidien (gestion des soins), gestion du personnel (absence, horaires,...) et la gestion des lits (McGibbon, 1997)^x
5. **Senior nurse staff** : Ces RN bénéficient d'une plus grande expérience (parce que plus grande ancienneté) et peuvent parfois assumer des responsabilités plus larges. La différence avec les nurses staff est de type barémique.
6. **Nurse staff** : Ces RN sont responsables d'un ensemble de patients ou de tâches infirmières.
7. **Health care assistant** : ensemble des prestataires non enregistrés.

Cette classification est le reflet et se base sur des échelles barémiques édictées par le NHS^y.

Si cette classification permet d'identifier les différentes fonctions le long de la ligne hiérarchique, on identifie aussi une fonction de management en staff. En effet, suite à l'émergence de *clinical nurse specialist*, il existe aussi la '**clinical nurse manager**' qui a la responsabilité pour tout un département (ou au moins d'une unité) des clinical nurses.

v Department of Health (2001). "Implementing the NHS plan: modern matrons: strengthening the role of ward sisters and introducing senior sisters". London, HMSO.
w McGibbon G The ward sister/charge nurse as 'on site' manager.. Nurs Stand. 1997 May 28;11(36):34-7
x McGibbon G The ward sister/charge nurse as 'on site' manager.. Nurs Stand. 1997 May 28;11(36):34-7
y <http://www.nhscareers.nhs.uk/details/Default.aspx?id=4>

Annexes Chapitre 4

7 ANNEXE MÉTHODE

7.1 CHOIX DES SERVICES ÉTUDIÉS

Pour sélectionner les services à investiguer parce que les plus représentatif de la profession infirmière, une première requête a été adressée aux hôpitaux afin de connaître la répartition de leur personnel infirmier par index. Cette requête restée sans suite —les hôpitaux ne souhaitant pas déclarer d'éventuels accommodements en termes de répartition du personnel par rapport aux normes—, nous nous sommes basés sur des données relatives au financement des hôpitaux fournies par le Ministère de la Santé publique et des affaires sociales.

Néanmoins ces informations sont à prendre avec précaution, ils fournissent plus un repère indicatif qu'une image réelle et précise du nombre d'infirmiers par index de lits en Belgique.

Nous avons volontairement écarté les services de psychiatrie et de revalidation dans la présentation des données ci-après, car toutes les informations transmises pour ces index regroupaient à la fois les hôpitaux aigus et les hôpitaux psychiatriques mais aussi les centres de revalidation.

Tableau 4.1. Nombre d'infirmiers par index de lits en Belgique

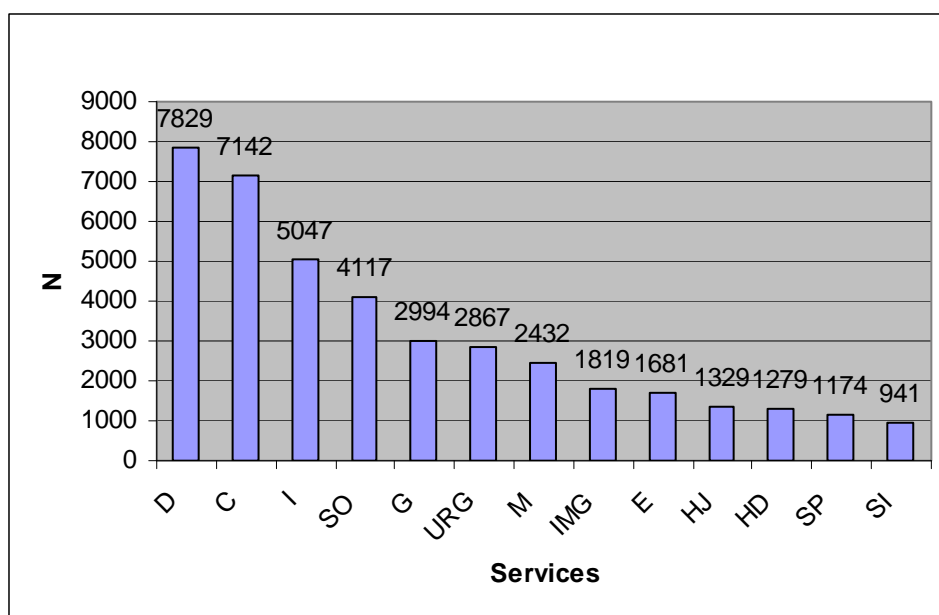
Service	Index	N Infirmiers (ETP)	%
Services généraux :			
Médecine	D	7829	19,26
Chirurgie	C	7142	17,57
Gériatrie	G	2994	7,37
Services spécialisés :			
soins palliatifs	(SP)	1174	2,89
Maternité	M	2432	5,98
Pédiatrie	E	1681	4,14
Services techniques spécialisés :			
Salle d'op.	(SO)	4117	10,13
Urgence	(URG)	2867	7,05
Soins intensifs	I	5047	12,42
Hémodialyse	(HD)	1279	3,15
Services techniques :			
Imagerie	(IMG)	1819	4,47
Service d'investigation	(SI)	941	2,31
Hôpital de jour	(HJ)	1329	3,27
Total :		40651	100%

Source : SPF Santé : Centre de Frais (2004) et du questionnaire classique (2004)
Calcul : CIES-SESA - UCL

De cette étude exploratoire, nous pouvons apprécier l'importance de la couverture de l'ensemble de services hospitaliers avec le choix de services effectué :

- en étudiant la chirurgie et la gériatrie, nous couvrons 24.9% des ETP des index hospitaliers aigus en Belgique.
- en étudiant les soins intensifs et les urgences, nous couvrons 19.5% des ETP des index hospitaliers aigus en Belgique.
- en étudiant le bloc opératoire et l'hémodialyse, nous couvrons 13.3% des ETP des index hospitalier aigus en Belgique.

Figure 4.1 : Nombre d'infirmiers ETP par services en Belgique



Sources SPF santé : Centre de frais 2004 et questionnaire classique 2004. Calcul : CIES-SESA - UCL

Légende :

C = chirurgie	D = Médecine	E = Pédiatrie	G = gériatrie
HD= hémodialyse	HJ= hôpital de jour	I = Intensifs	IMG = imagerie
M = Maternité	SI = Services d'investigation		SO = salle opération
SP = soins palliatifs	Urg = urgence		

7.2 PHASE 0 : DESCRIPTION DES SITUATIONS

7.2.1 Sélection des hôpitaux

L'objectif de cette sélection est d'identifier un échantillon d'hôpitaux représentatif du monde hospitalier belge, en vue de la rédaction des situations de patients. Plus précisément, l'échantillon des hôpitaux doit reprendre toutes les caractéristiques des hôpitaux du monde hospitalier belge à savoir, hôpitaux généraux et universitaires, hôpitaux privés/publics, hôpitaux francophones/néerlandophones.

La liste des hôpitaux —sur base de laquelle nous avons réalisé cette sélection— nous a été fournie par le SPF Santé publique. Il s'agit d'une liste mise à jour au 01.01.2007^z.

Nous avons repris uniquement les hôpitaux généraux. Pour les hôpitaux multi-sites (résultant des fusions), nous n'avons comptabilisé pour la sélection qu'un seul site (le site principal). C'est pourquoi, les hôpitaux ont été classés selon différents critères : région, type (publique – privé) et taille (Tableau 4.2). Les hôpitaux universitaires ont fait l'objet d'un classement séparé (Tableau 4.3). Ces critères ont permis de classer les hôpitaux par catégorie.

Afin de récolter un nombre suffisant de situations de patient (description d'une situation clinique du point de vue infirmier), nous avons estimé que 600 situations devaient être récoltées. Ceci devrait permettre de sélectionner les 150 situations les plus pertinentes. A cette fin, nous avons estimé que 25 hôpitaux devraient participer. Nous avons sollicité 60 hôpitaux en présumant que la moitié de ceux-ci participerait effectivement. Sur base de notre classement d'hôpitaux, nous avons donc sélectionné la moitié des hôpitaux pour chaque critère. Les hôpitaux universitaires ont tous été sélectionnés.

^z Cette liste est consultable, en version PDF, en ligne sur le site du SPF Santé à l'adresse suivante : https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512866&_dad=portal&_schema=PORTAL

Tableau 4.2. Classement et sélection des hôpitaux non-universitaires par type, région et taille.

Région	Statut de hop Général	Petit ≤200 lits	Sélection	Moyens 201-450 lits	Sélection	Grands 451-750 lits	Sélection	Grands >750 lits	Sélection	Total	Total Sélection
Bruxelles	Privé	2	1	2	1	1	1	1	1	6	4
	Publique	1	1	0		3	1	0		4	2
Flandre	Privé	5	2	25	13	7	4	5	2	42	21
	Publique	1	1	9	4	3	1	3	2	16	8
Wallonie	Privé	4	1+1*	9	4	7	3	0		20	9
	Publique	2	1	9	4	3	2	2	1	16	8
Total		15	8	54	26	24	12	11	6	104	52

* un des * deux hôpitaux germanophones ont également été sélectionnés

Tableau 4.3. Liste et sélection des hôpitaux universitaires.

Région	Hôpitaux Universitaires	Sélection
Bruxelles	3	3
Flandre	3	3
Wallonie	2	2
Total	8	8

Pour éviter tout biais de sélection des hôpitaux par catégorie, nous avons effectué un tirage aléatoire à partir des listes de chaque catégorie d'hôpitaux. La liste de nombres aléatoires a été générée à partir du logiciel EPIinfo6 - Centers for Disease Control and Prevention : <http://www.cdc.gov/epiinfo/Epi6/EI6dwni.htm>).

7.2.2 Description et sélection des situations

DESCRIPTION

Pour la rédaction des situations, différentes données socio-démographiques et cliniques devaient être récoltées :

- Age ;
- Sexe ;
- Etat civil ;
- Spécialité médicale (neurologie, cardiologie, gastro-entérologie, ...) ;
- Jour d'hospitalisation ;
- Raison d'hospitalisation ;
- Diagnostic ;
- En cas d'intervention chirurgicale : le jour pré-opératoire ou post-opératoire ;
- Données médicales : pathologie, co-morbidité, antécédents médicaux et chirurgicaux, médicaments, autres traitements et complications survenues;
- Paramètres : tension artérielle, pulsations, température;
- Pour les soins intensifs et les urgences : paramètres supplémentaires, si disponibles, et à l'image des paramètres renseignés sur les feuilles de surveillance des patients (pressions pulmonaires, débit cardiaque, index cardiaque, ...)
- Pour les soins intensifs et les urgences : des données de gazométrie et de laboratoire si disponibles, et à l'image des paramètres renseignés sur les feuilles de surveillance des patients ;
- Description de la situation : données physiques, psychiques, sociales et familiales. En cas de plaie, décrire le genre de plaie et les soins qu'elle nécessite ;
- Eléments compliquant la prise en charge : poids, cécité/surdité, paramètres anormaux, résultats de laboratoire anormaux, situation familiale, ... ;
- Appareillage : voies d'entrée, sondes, drains,

MODALITÉS DE SÉLECTION DES SITUATIONS

Toutes les situations rédigées ont fait l'objet d'une analyse systématique afin de ne sélectionner que les situations les plus pertinentes par leur caractère complet et lisible. Pour chaque spécialité, cette sélection a été opérée par deux infirmiers en parallèle. Les infirmiers sélectionnés pour cette sélection devaient prétendre à une expérience pointue dans la spécialité. Seules les situations amenant à un consensus quant aux critères de sélection ont été reprises. Par consensus, nous entendons que les deux infirmiers aient répondu de la même manière, et ce pour chacun des critères ci-dessous mentionnés.

CRITÈRES DE SÉLECTION DES SITUATIONS

Pour évaluer les situations, différents critères sont identifiés :

- Le problème principal est-il précisé ?
- Les facteurs aggravant sont-ils précisés ?
- Le contexte d'évolution du patient est-il précisé ?
- La description permet-elle d'élaborer un plan soins ?
- Les aspects physiques, psychiques et sociaux sont-ils décrits ?
- Le type de situation correspond-il à une situation : Simple, Courante, Difficile, Urgente ?

- Remarques en termes de rédaction ?
- Autres remarques :

(Voir grille d'évaluation tableau)

Au total, 13 situations dans chaque spécialité sont retenues par les infirmiers. Notons que pour l'hémodialyse 10 situations sont sélectionnées par les infirmiers néerlandophones et 11 situations par les infirmiers francophones.

Tableau 4.4. Situations-patient recueillies

Service	Situations NL	Total NL	Situations FR	Total FR	Total
Chirurgie	8S 9N 8D 8U	35	7S 7N 6D 6U	26	61
Gériatrie	10S 9N 9D 9U	37	7S 7N 7D 7U	28	65
Urgences	9S 9N 8D 6U	32	9S 8N 7D 9U	33	65
Soins intensifs	9S 6N 8D 8U	31	8S 8N 8D 8U	32	63
Bloc opératoire	8S 6N 8D 7U	29	9S 8N 9D 8U	34	63
Hémodialyse	6S 6N 6D 6U	24	6S 6N 6D 5U	23	47
Total		188		176	364

Légende :

Situations : S = Simple ; N = Courante (Normale) ; D = Difficile ; U = Urgente

Tableau 4.5. Situations-patients sélectionnées

Service	Situations NL	Situations FR	Total	Traduites*
Chirurgie	2S ; 4N ; 2D ; 2U	2S ; 4N ; 2D ; 2U	20	6
Gériatrie	2S ; 4N ; 2D ; 2U	2S ; 4N ; 2D ; 2U	20	6
Urgences	2S ; 4N ; 2D ; 2U	2S ; 4N ; 2D ; 2U	20	6
Soins intensifs	2S ; 4N ; 2D ; 2U	2S ; 4N ; 2D ; 2U	20	6
Bloc opératoire	2S ; 4N ; 2D ; 2U	2S ; 4N ; 2D ; 2U	20	6
Hémodialyse	1S ; 2N ; 2D ; 2U	2S ; 2N ; 2D ; 2U	15	6
Total	57	58	115	36

Légende :

Situations : S = Simple ; N = Courante (Normale) ; D = Difficile ; U = Urgente

* : 3 situations rédigées par des francophones ont été traduites en néerlandais, de même que 3 situations rédigées par des néerlandophones ont été traduites en français.

Tableau 4.6. Grille d'évaluation des situations
Spécialité : _____ Évaluateur : _____

N° situation	Problème principal situé ?	Facteurs aggravant situés ?	Contexte d'évolution du patient situé ?	Description permet d'élaborer un plan soins ?	Présence aspects phys, psychiques et sociaux	Type de situation : Simple Courante Difficile Urgente	Rédaction Ok ?	Remarque
	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non	Oui / non	S / C / D / U	Oui / non	

7.3 PHASE I

Tableau 4.7. Échantillon d'experts de la phase I

		Proposés	Sélectionnés	I	IC	ICS	DN	IP
G	NI	9	9	1	2	2	1	1
	Fr	9	9	2	4	2	0	0
C	NI	11	9	2	5	2	0	0
	Fr	9	9	3	3	1	1	0
B	NI	9	9	2	3	1	2	0
	Fr	12	9	3	5	1	0	1
H	NI	7	7	2	2	0	1	0
	Fr	10	7	3	2	0	0	2
US	NI	13	13	2	3	2	1	0
	Fr	20	13	4	2	1	0	3
U R G	NI	9	9	2	4	0	2	0
	Fr	9	9	3	3	1		1
Total		127	112	29	38	13	8	8

Légende :

mis à jour au 6 juin 2007

I : Infirmière

IC : Infirmière Chef

ICS : Infirmière Chef de Service (Cadre intermédiaire)

DN : Direction Nursing

IP : Infirmière professeur

Tableau 4.8. Situations retenues au décours de la phase I

	Situations réceptionnées	Situations retenues	Situations exclues
Fr	76	74	1 U – 1 USI
NI	75	69	2 BO – 2 G – 1 USI – 1 U

7.4 PHASE 2

7.4.1 Sélection des experts de la phase 2

Plus de 162 experts composent notre échantillon et présentent les mêmes caractéristiques que ceux de la phase I. La majorité (68% de notre échantillon) des experts sont infirmiers de terrain et infirmiers en chef. Une minorité est cadre infirmier, directeur de nursing ou infirmier enseignant (Tableau 4.9)

Le nombre moyen d'années d'ancienneté des experts ayant participé à l'étude est de 13.6 années (SD : 8.3) et les extrêmes sont 3 et 35 années (Tableau 4.10). Pour rappel, le nombre d'années d'ancienneté requis pour participer à l'étude en tant qu'expert est 3 années dans le service pour lequel l'expert évaluait la complexité des compétences et situations.

Tableau 4.9 Fonction de l'échantillon d'experts participant à la phase 2

		Experts	I	IC	ICS	DN	IP	IS	dm
G	NI	13	2	1	5	2	2	1	0
	Fr	13	5	3	4	0	1	0	0
C	NI	12	2	8	2	0	0	0	0
	Fr	12	4	3	3	1	0	0	1
BO	NI	13	3	6	2	2	0	0	0
	Fr	13	2	6	4	0	1	0	0
HD	NI	11	7	3	0	1	0	0	0
	Fr	12	9	2	0	0	1	0	0
USI	NI	15	1	7	4	1	2	0	0
	Fr	21	7	9	2	0	3	0	0
URG	NI	15	4	7	2	2	0	0	0
	Fr	12	4	5	1	0	1	0	1
Total		162	50	60	29	9	10	1	2

Légende :

mis à jour au 28 septembre

I : Infirmière

IC : Infirmière Chef

ICS : Infirmière Chef de Service (Cadre intermédiaire)

DN : Direction Nursing

IP : Infirmière professeur

IS : Infirmier spécialiste

dm : Donnée manquante

Tableau 4.10. Nombre d'experts de l'échantillon selon leur ancienneté

		N experts Total	3 à 5 ans	6 à 10 ans	11 ans et +	Inconnu	Ancienneté moyenne
G	NI	13	5	3	4	1	10.7
	Fr	13	2	7	2	2	9.4
C	NI	12	2	2	7	1	13.6
	Fr	12	1	5	4	2	10.9
BO	NI	13	1	1	8	3	18.4
	Fr	13	2	2	8	1	15.7
HD	NI	11	1	1	6	3	15.6
	Fr	12	1	6	4	1	14.6
USI	NI	15	4	1	10	0	15.7
	Fr	21	3	9	8	1	12.75
URG	NI	15	2	4	7	2	11.6
	Fr	12	1	5	4	2	11.5
Total		162	25	46	72	19	13.4

mis à jour au 28 septembre 2007

Tableau 4.11. Situations retenues au décours de la phase 2

	Situations réceptionnées	Situations retenues	Situations exclues
Fr	74	67	2 C – 1 G – 2 U – 2 BO
NI	69	63	1 USI – 2 G – 2 BO – 1 U

Tableau 4.12. Nombre d'évaluations par situation lors de la phase 2.

N évaluations/situation	Situations fr	Situations nl	Total	Total cumulé (%)
Au moins 5 évaluations	40	41	81	81 (62.3%)
4 évaluations	20	12	32	113 (86.9%)
3 évaluations	5	10	15	128 (98.5%)
2 évaluations	2	0	2	130 (100%)
Total	67	63	130	130

7.5 LISTE DES COMPÉTENCES RÉCURRENTES SOUMISES AUX EXPERTS

7.5.1 Soins de base

Hygiène

- Être capable d'effectuer les soins d'hygiène et les soins d'apparence corporelle du patient, en tenant compte des possibilités, des restrictions et souhaits, de l'état somatique et psychosocial du patient.
- Être capable d'effectuer les soins afin que le patient soit le moins possible confronté à son état de dépendance.
- Être capable d'aider le patient à supporter sa dépendance.
- Être capable de stimuler le patient à l'autonomie, tout en respectant les possibilités, les restrictions et les souhaits du patient.
- Être capable d'offrir de l'aide au patient pour s'habiller et se déshabiller tout en respectant son intimité.

Confort

- Être capable d'aider le patient à trouver une position confortable en tenant compte de son état médical.
- Être capable de soutenir le patient dans l'organisation appropriée des activités de la journée.

Mobilité

- Être capable de travailler de manière ergonomique (épargne du dos) selon les principes de manutention.
- Être capable de mobiliser le patient d'une façon confortable, en tenant compte des restrictions et possibilités de ce dernier.
- Être capable de préparer le premier lever du patient.
- Être capable d'adapter la mobilisation afin que cela cause le moins possible de douleurs et d'angoisses au patient.
- Être capable de stimuler le patient à la mobilisation aussi bien passive, active, qu'avec des éléments d'aide.

Alimentation

- Être capable, selon les principes d'alimentation et de diététique, d'observer les besoins et les apports alimentaires et hydriques et être capable de réagir d'une façon adéquate, en tenant compte des souhaits du patient. Stimuler le patient si nécessaire.
- Être capable de créer un climat agréable pendant les repas et maintenir une conversation individuelle avec le patient de manière à influencer encore plus positivement le climat.

Elimination

- Être capable d'observer, d'interpréter et de réagir d'une façon adéquate selon la présence d'un schéma mictionnel et fécal normal ou anormal.
- Être capable d'effectuer les soins à une sonde vésicale, de connaître et d'effectuer des observations précises et de réagir d'une façon adéquate, selon les principes d'hygiène et de stérilité.
- Être capable d'effectuer un rinçage manuel et / ou en continu de vessie, de connaître et d'effectuer les observations précises et de réagir d'une façon adéquate.

7.5.2 SOINS TECHNIQUES

Evaluation

- Être capable de collecter les éléments anamnestiques et avoir une vision complète de la situation du patient.
- Être capable d'observer les paramètres vitaux et physiques, de les interpréter et de réagir d'une façon adéquate, à partir des connaissances des normes de ces paramètres.

Exécution des soins

- Être capable de planifier les soins avec une vision d'ensemble de toute l'hospitalisation du patient.
- Être capable de planifier les soins en envisageant déjà la continuité des soins après la prise en charge.
- Être capable d'effectuer une prise de sang veineuse, d'interpréter les résultats et de réagir d'une façon adéquate, à partir des connaissances de l'anatomie et la physiologie de la circulation sanguine.
- Être attentif aux symptômes d'une hypo- et hyper-glycémie, être capable de reconnaître ces signes et être capable de réagir immédiatement.
- Réaliser un ECG, grâce aux connaissances de l'anatomie et de la physiologie cardiaque, interpréter les résultats et réagir adéquatement.
- Réaliser un monitoring cardiaque, grâce aux connaissances de l'anatomie et de la physiologie cardiaque, assurer la surveillance du patient sous monitoring et réagir adéquatement.
- Être capable de planifier et / ou d'effectuer les soins plus spécifiques qui s'éloignent des soins habituels mais qui correspondent aux besoins du patient.
- Être capable de juger de l'opportunité de modifier les soins en fonction des questions ou des préférences du patient.
- Être capable de prendre des mesures afin d'améliorer un rythme de sommeil équilibré.

Pansement

- Être capable d'effectuer correctement les soins de plaies selon la prescription.
- Être capable de juger si le traitement prescrit est souhaitable étant donné le stade de la cicatrisation de la plaie.
- Être capable de choisir le meilleur traitement pour les plaies qui n'ont pas de traitement prescrit.
- Être capable d'observer et de soigner les plaies, sur base des connaissances d'anatomie et de physiologie de la peau.
- Connaître le matériel de pansement adéquat et être capable de l'employer sur base de la connaissance du processus de cicatrisation des plaies.

- Être capable d'effectuer des soins à une stomie, d'effectuer des observations précises, sur base de l'anatomie et la physiologie des intestins, tenant compte de son expérience vis-à-vis de la stomie.

Perfusion

- Être capable d'effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique.
- Être capable d'effectuer les soins prescrits pour une voie centrale.
- Être capable d'effectuer les soins prescrits pour une voie artérielle.
- Connaître les mesures d'observations des différents cathéters et pouvoir les appliquer.
- Être capable de juger si le traitement prescrit est souhaitable vue la condition du patient.

Médicaments

- Être capable de préparer et d'administrer les médicaments d'une manière correcte et au bon moment, sur base des connaissances de la pharmacologie.
- Être capable d'observer les effets attendus.
- Être capable d'interpréter les effets inattendus et de réagir adéquatement

Prévention

- Être capable d'estimer le risque d'escarre à partir de la connaissance des facteurs de risque et de l'observation des téguments.
- Être capable d'évaluer la nécessité des mesures de prévention, les effectuer et d'évaluer les effets de ceux-ci.
- Être capable d'évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes, les effectuer et d'évaluer les effets de ceux-ci.
- Être capable d'inspecter les téguments.
- Être capable de reconnaître les signes d'escarres.
- Connaître et être capable d'effectuer les principes d'hygiène hospitalière.
- Être capable de prendre des mesures pour éviter les infections, sur base des connaissances des principes de l'hygiène des hôpitaux.

Information et éducation du patient et de la famille

- Être capable d'informer le patient d'une façon claire, adaptée à son niveau, concernant sa maladie, la prévention, le traitement, les complications possibles et l'évolution, à partir d'un cadre de référence éthique et déontologique et de la connaissance des aptitudes de communication.
- Être capable d'aviser le patient concernant les adaptations nécessaires à faire dans sa manière de vivre, suite à sa maladie.
- Être capable d'encourager le patient à demander des explications lorsqu'il ne comprend pas, et d'évaluer si le patient a bien compris l'information reçue.
- Être capable d'instruire le patient et/ou la famille sur les actions nécessaires concernant son indépendance, et adaptées au rythme du patient.
- Être capable de motiver en douceur et avec délicatesse le patient à suivre correctement la thérapie et les consignes de vie.

Soutien psychosocial du patient et de la famille

- Être capable d'intégrer les aspects psychosociaux dans les soins infirmières.
- Être capable d'identifier la nécessité d'entamer et être capable d'entamer une conversation avec le patient et l'environnement concernant le vécu

de sa maladie, ses angoisses, ses soucis et ses attentes, à partir des connaissances sur les interactions relationnelles.

- Être à l'écoute.
- Être capable de bâtir une relation de confiance avec le patient.
- Être capable d'estimer les besoins et nécessités du patient.
- Être capable d'intervenir auprès des médecins et / ou de l'organisation pour défendre les intérêts du patient.
- Être capable de distinguer et de tenir compte des facteurs qui influencent la perception qu'a le patient de sa maladie comme la situation familiale, ethnique et culturelle.
- Être capable de garantir le secret professionnel.
- Être capable d'impliquer les proches dans les soins en tenant compte des souhaits du patient.
- Être capable de communiquer à bon escient avec le patient et les membres de la famille sur l'état, les besoins et les attentes par rapport à la prise en charge.
- Être capable d'être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic, l'état et l'hospitalisation du patient auprès des membres de la famille.
- Être capable de soutenir les membres de la famille dans leur soutien du patient.
- Être capable de soutenir le patient gériatrique dans l'organisation appropriée des activités de la journée.

Existentiel

- Être capable de respecter les opinions et les convictions du patient, même si elles vont à l'encontre des nôtres.

Collaboration intra et interdisciplinaire

- Être capable de travailler avec une équipe intra- et interdisciplinaire pour planifier les objectifs de soins à atteindre et pour répartir les soins auprès de chacun.
- Être capable d'organiser et coordonner les soins auprès du patient en fonction de la demande de soins en équipe intra- et interdisciplinaire.
- Être capable de communiquer le vécu du patient pour adapter les soins.
- Être capable de coacher d'autres professionnels de soins.
- Connaître ses propres compétences et limites, et si nécessaire être capable de demander de l'aide et de déléguer.
- Être capable de former, d'accompagner et d'évaluer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs.

Taches administratives

- Être capable de sélectionner les données correctes concernant le déroulement des soins et la situation du patient et les formuler clairement, aussi bien oralement que par écrit lors des rapports.
- Être capable de planifier les rendez-vous et les examens médicaux avec les services appropriés.
- Être capable de préparer les demandes d'examens médicaux avec une attention particulières pour les spécificités.
- Être capable de classer les résultats des examens effectués.
- Être capable de commander les médicaments et autres produits à la pharmacie.
- Être capable de commander du matériel spécifique pour les soins et le matériel pour les tâches administratives.

- Être capable de préparer les dossiers pour les nouveaux patients.

Préparation de la sortie

- Être capable d'informer le patient et ses proches et les adresser aux structures de soins dont le patient aura besoin.
- Être capable d'informer adéquatement le patient concernant les soins à domicile pour être en ordre pour la sortie.
- Veiller à ce que le patient soit en ordre, sur le plan administratif, lors de son départ du service.

Qualité des soins

- Être capable et vouloir participer aux projets visant à améliorer la qualité des soins.
- Être prêt à s'instruire continuellement et à se développer professionnellement.
- Être capable de lire et de comprendre la littérature scientifique, de juger ces informations, de les synthétiser et de les utiliser pour baser ses pratiques sur l'Evidence Based Nursing (données probantes).

Aspect logistiques

- Être capable de régler et/ou déléguer le transport du patient vers les services appropriés et /ou consultations.
- Être capable de vérifier régulièrement et systématiquement le contenu du chariot et la valise d'urgence et de réanimation.
- Être capable de revoir régulièrement le chariot de soins et de le compléter si nécessaire.

7.6 VALIDATION DES ÉCHELLES PSYCHOMÉTRIQUES

Pour la validation des échelles psychométriques, nous avons testé l'association entre les scores de complexité globale et celui de la somme de s trois composantes, postulant que chacune de ces composantes a un poids égal.

Ces deux scores sont complémentaires et fortement corrélés (Tableau 4.13). La corrélation (r de Pearson), pour chaque service, est supérieur à 0,75 et statistiquement significatif ($p < 0.01$). L'épreuve graphique écarte toute corrélation fallacieuse (Figure 4.3).

Les scores de complexité globale varient de 1 à 4.

La somme des scores de complexité par composante varie de 1 à 9.

Figure 4.3 Corrélation entre les scores moyens de complexité globale et de la somme des trois composantes de complexité

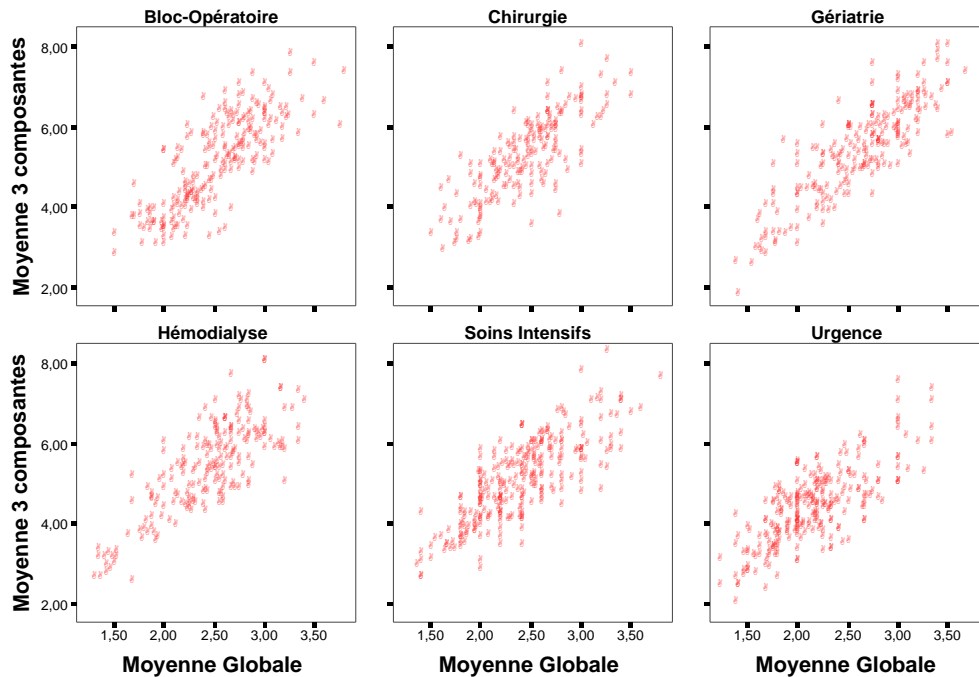


Tableau 4.13 Table de corrélation entre les scores moyens de complexité globale et de la somme des trois composantes de complexité

Service	Pearson Correlation	N
Chirurgie	,788(**)	178
Gériatre	,855(**)	209
Bloc Opératoire	,787(**)	218
Hémodialyse	,797(**)	197
Soins Intensifs	,793(**)	266
Urgences	,753(**)	250

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

7.7 « PHASE 3 » : ANALYSE DE LA SITUATION

7.7.1 Objectif de la phase 3

L'objectif de cette phase d'évaluer la complexité de la situation à l'aide d'échelles prédéterminées ; une étude de validité des échelles utilisées est présentée au paragraphe suivant 7.9.

7.7.2 Déroulement de la phase 3

Les experts de la phase 2 seront à nouveau sollicités et de nouveaux experts sont recrutés (présentant les mêmes caractéristiques). Au total, 203 experts ont été sollicités et seuls 91 ont effectivement participé. Chacun expert a dû évalué un nombre limité de situations (5 à 7 situations selon la spécialité de soins).

7.7.3 Données récoltées

Pour synthétiser les données collectées lors de la phase 3, retenons que :

- 130 situations ont été analysées (63 en néerlandais et 67 en français). Chaque situation a été soumise à 6 experts minimum ;
- 203 experts ont été sollicités durant cette phase (104 experts néerlandophones et 99 experts francophones) ;
- 91 experts ont participé à cette phase ;
- 886 réponses étaient attendues ;
- 452 réponses ont été collectées soit un taux de réponse de 51%.

Comme l'atteste le Tableau 4.14, toutes les situations ont été évaluées et 54% l'ont été au moins 4 fois.

Tableau 4.14. Nombre d'évaluations par situation lors de la phase 3.

N évaluations/situation	Situations fr	Situations nl	Total	Total cumulé (%)
Au moins 5 évaluations	15	5	20	20 (15.4%)
4 évaluations	16	34	50	70 (53.8%)
3 évaluations	18	8	27	97 (74.6%)
2 ou 1 évaluations	18	15	33	130 (100%)
Total	67	63	130	

Au terme de la phase 3, nous disposons —pour chaque situation— de deux scores de complexité de la situation (échelle de GALAMA & échelle de complexité UGent-UCL).

7.8 INDÉPENDANCE DES DONNÉES : ANALYSE MULTIVARIÉE

7.8.1 Introduction

L'étude de la relation entre la complexité des situations cliniques décrite et de la complexité globale des compétences nécessite une approche particulière. Les experts participant à l'étude ont décrit les compétences nécessaires pour faire face à une situation clinique concrète. Un score global de complexité a été attribué à chaque compétence par chaque expert. D'un point de vue clinique, on peut poser le postulat qu'il existe une relation linéaire entre la complexité de la situation rencontrée dans une unité de soins et la complexité des compétences nécessaires pour assurer une prise en charge efficace du patient. En principe, une situation très complexe exigerait de la part du professionnel des compétences complexes. Il faut, par conséquent, intégrer dans l'analyse de cette relation le fait qu'un expert appartenant à un service (chirurgie, gériatrie, hémodialyse, bloc opératoire, soins intensifs ou service d'urgence) analyse plusieurs situations de soins, et ce, pour deux raisons. Primo, la vision personnelle de l'expert (sur base du domaine d'expertise, de son expérience, de sa formation, de son âge...) peut «colorer» son appréciation de la complexité. Secundo, les scores de complexité des situations évaluées par des experts issus d'un même service ou d'un même hôpital pourraient aussi être corrélés entre eux. Le profil «patient» et l'approche de soins particulière du service imprègnent potentiellement les experts.

Synthétiquement, l'évaluation de la complexité des compétences peut être influencée par différents paramètres :

- L'expert ;
- Le service (C, G, USI, Urgence, Bloc op ou hémodialyse) ou le domaine de soins (soins généraux, soins spécialisés, soins techniques) ;
- Le régime linguistique ;
- Le type de situation (simple, courante, difficile ou urgente) ;
- La complexité de la situation (estimée à partir des échelles UCL-UGent ou Galama).

7.8.2 Méthode

Nous étudions —un à un— l'impact de ces paramètres en vue de voir dans quelle mesure il y a lieu d'en tenir compte dans un modèle multivarié (type HLM).

Le modèle emboîté nous permettrait d'étudier la relation entre la complexité globale des compétences et celle de la situation en intégrant ces paramètres. Les modèles emboîtés (multilevel analysis) font partie des modèles linéaires mixtes. Ces derniers sont une extension de l'analyse de régression linéaire et doivent satisfaire aux conditions d'application suivantes(6) :

- La distribution de la variable dépendante est normale
- Les résidus ne sont pas corrélés
- Les ordonnées à l'origine et les coefficients de régression partiels des variables à effet aléatoire introduites dans le modèle suivent une distribution normale.

A la différence de l'analyse de régression linéaire, les modèles linéaires mixtes permettent l'analyse des observations (éventuellement) corrélées(7), c'est-à-dire non indépendantes.

Après vérification des conditions d'application, nous procéderons à l'étude des «outliers». Les observations extrêmes peuvent avoir éventuellement une influence sur les coefficients du modèle(6).

Lors de cette analyse, la relation entre la variable dépendante (complexité globale des compétences) et le « prédicteur » (complexité de la situation clinique) est testée. L'objectif de cette procédure est de créer un modèle simple ajusté aux données. L'interprétation de ce modèle doit être aisée. L'éventuelle linéarité de la relation existante entre la complexité de la compétence et la complexité de la situation a été testée par régression linéaire pour tester l'éventuelle pertinence d'« analyses emboîtées progressives ».

7.8.3 Résultats

7.8.3.1 L'effet 'expert'

L'impact de l'expert —en termes de formation, ancienneté, lieu de formation, niveau de formation, lieu d'exercice— peut influencer la manière d'apprécier et de juger une situation clinique. Néanmoins, plusieurs précautions méthodologiques ont été prises pour réduire au maximum cette influence.

Tout expert est de formation infirmière graduée avec au moins 3 années d'ancienneté dans le service pour lequel il évaluera des situations.

Les experts n'exercent pas dans les mêmes services,

Si toutes les situations lors de la phase I ont été analysées par au moins deux experts différents, lors des phases suivantes, les experts ont travaillé sur d'autres situations. Deux situations n'ont pas été travaillées par les mêmes experts tout au long de l'étude. A titre d'exemple le tableau ci-après présente une simulation.

Tableau 4.15 Simulation d'allocation des situations aux experts lors des différentes tâches

	objectifs	Situations	Experts
Phase 1	Définir tâches et compétences	N°1 N°2 N°3	A - B J - O L - E - O
Phase 2	Valider compétence et évaluer complexité	N°1 N°2 N°3	Y - Z - P A - H - O B - U - S - K
Phase 3	Complexité situation	N°1 N°2 N°3	S - O - F - I - E T - E - O D - A - N - Y

A chaque phase, l'attribution des situations était réalisée de manière strictement aléatoire.

Compte tenu de cette précaution, l'impact de l'expert est minimalisé.

7.8.3.2 *L'effet « service » ou « domaine »*

Comme l'a souligné l'analyse descriptive des données, on constate des différences statistiquement significative en termes de complexité des compétences selon les services, et ce même au sein d'un même domaine.

Il y a donc lieu de tenir compte de ce paramètre dans les analyses multivariées.

7.8.3.3 *L'effet du régime linguistique*

Avant de procéder à l'analyse de la base de données, nous avons estimé nécessaire de nous attarder à l'étude d'un possible effet du régime linguistique de l'expert. Des professionnels néerlandophones et francophones ont participé à l'étude pour chaque service concerné. Les modes d'organisation des institutions de soins ou des filières de formations différentes selon la communauté linguistique pourrait influencer la perception de la complexité de la compétence ou de la situation.

L'objectif de ce paragraphe est d'identifier si une même situation est évaluée différemment selon que l'expert soit francophone ou néerlandophone. Pour ce faire, nous disposons de 36 situations identiques traduites dans les deux langues. Sur base de ces 36 situations, 173 compétences ont été sélectionnées par les experts dont 80 en français et 93 en néerlandais. Nous envisageons les analyses en fonction du régime linguistique au niveau

- du type de situation,
- de la compétence,
- de la complexité de la situation.

La comparaison a été réalisée sur les compétences récurrentes identiques pour les deux groupes. Pour toutes les dimensions des compétences, une analyse distincte a été réalisée à l'aide de tableaux de contingence, pour chaque domaine, service et type de situation.

SELON LE TYPE DE SITUATION

Des différences significatives ont été observées dans l'analyse par type de situation : en gériatrie pour les situations urgentes et aux urgences pour les situations simples. Ces résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous

Tableau 4.16 Récapitulatif des différences entre groupes linguistiques, en fonction du type de situation

Service	Type situation	N	Pearson Chi-Square	df	Sig.
B	S	895	46.41	3	0.000
	N	299	80.33	3	0.000
C	S	342	14.90	3	0.002
	U	1080	56.47	3	0.000
G	N	1040	15.81	3	0.001
	S	982	33.36	3	0.000
	U	398	4.13	3	0.248
H	N	1391	54.61	3	0.000
	S	1217	57.95	3	0.000
	U	1300	52.78	3	0.000
I	D	534	21.93	3	0.000
	N	1296	98.38	3	0.000
	S	696	40.25	3	0.000
	U	1115	11.57	3	0.009
U	D	434	21.92	3	0.000
	N	386	45.73	3	0.000
	S	905	3.49	3	0.322

SELON LA COMPLEXITE DE LA COMPETENCE

Par contre, aucune différence statistiquement significative n'a été observée en termes de complexité des compétences. Ce constat peut s'expliquer comme suit : éventuellement pour certaines situations, les compétences mobilisées varient en fonction du régime linguistique mais la complexité des compétences mobilisées ne varie pas en fonction de ce dernier. Le choix des compétences jugées nécessaires est différent mais pas l'appréciation de la complexité de la même compétence.

SELON LA COMPLEXITE DES SITUATIONS

Des analyses semblables ont été réalisées par rapport à l'évaluation de la complexité de la situation au moyen de tests non paramétriques (Test de Mann-Whitney) pour chaque échelle d'évaluation de la complexité. Aucune différence statistiquement significative n'est à signaler.

De ceci, retenons que le régime n'influe pas l'appréciation de la complexité de la compétence ni la complexité de la situation.

7.8.3.4 Effet « complexité de la situation »

Une des hypothèses qui sous tendait ce travail est la possible relation entre la complexité des compétences et la complexité de cette situation.

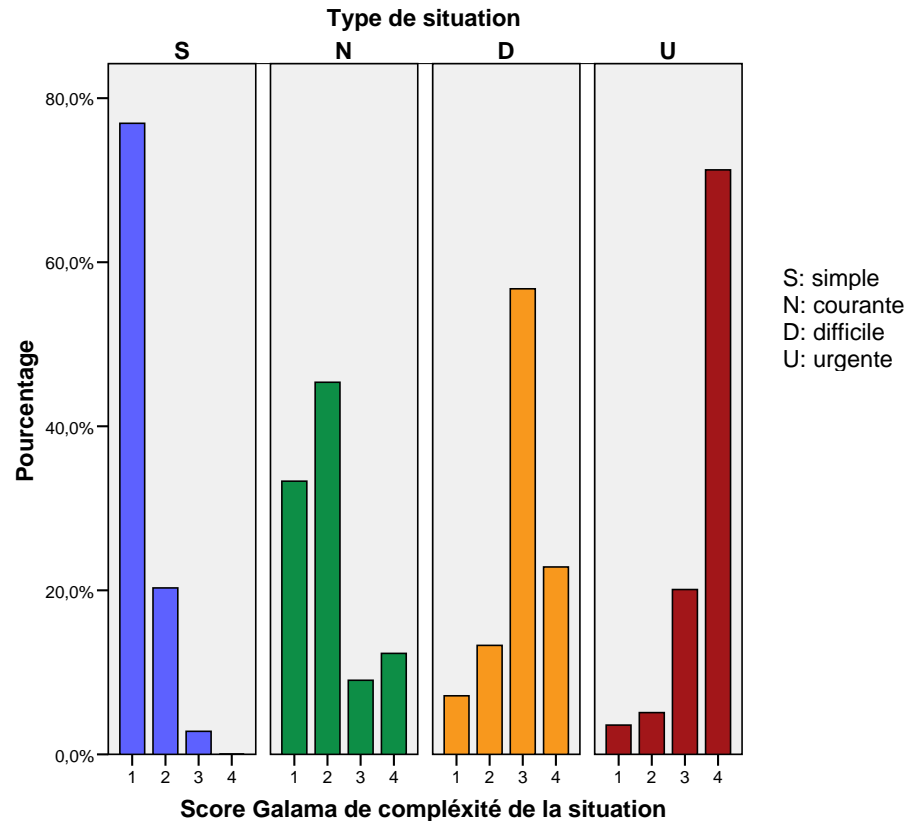
Le design de l'étude conditionnant l'indépendance des observations, le modèle d'analyses « emboîtées » ou « hierarchical model » permet d'aborder l'étude de cette relation tenant compte des différents niveaux d'imbrication.

Avant d'aborder l'analyse emboîtée proprement dite, nous avons effectué des analyses exploratoires préliminaires au niveau des relations entre variables.

EXPLORATION DE LA COMPLEXITÉ PAR TYPE DE SITUATION

Nous avons opté pour une exploration graphique de la correspondance entre la complexité globale de la situation (évaluation réalisée par les experts) et le type de situations

Figure 4.4 score moyen de complexité global des compétences mobilisés par expert en fonction du score moyen de complexité de la situation (Echelle de Galama)]



Classification en quartiles sur base du score de complexité de la situation mesuré à l'aide de l'échelle de Galama

Comme attendu, un nombre important de situations étiquetées de « simples » ont obtenu un score médian situé dans le premier quartile. De même entre les situations « urgentes », —plus complexes à priori— un nombre important obtient un score médian de complexité élevée.

EXPLORATION DE LA RELATION ENTRE COMPLEXITE DE LA COMPETENCE ET COMPLEXITE DE LA SITUATION

Dans un premier temps nous avons réalisée des analyses de **corrélation** pour les deux échelles utilisées pour mesurer la complexité de la situation et la complexité des compétences. Les résultats de ces tests non paramétriques montrent des corrélations significatives ($p < 0.000$) mais faibles :

Tableau 4.17: Corrélation entre la complexité des compétences et la complexité des situations

Echelle	Test de corrélation	
	Tau-B de Kendall	Pearson
UCL UGent	0.152	0.192
Galama	0.131	0.194

Les mêmes tendances s'observent lorsque l'analyse de corrélation est opérée service par service.

Des analyses de **régression** ont été réalisées pour tester la linéarité de la relation entre le score moyen de complexité de chaque situation et le score moyen de complexité globale des compétences déterminées par chaque expert pour la gestion de la situation. Le modèle résultant de cette analyse est le suivant :

Score moyen global des compétences = 1.852 + 0.025 Score médian complexité de la situation (Galama) ($p < 0.000$)

De l'analyse de **variance** (ANOVA) résultante montre que seulement 4% de variation du score moyen de complexité des compétences est expliqué par le score moyen de la complexité de la situation. Le design de la recherche peut expliquer cet effet partiellement. L'évaluation de la complexité des compétences a été réalisée en regard de chaque situation de soins et implicitement de la complexité/simplicité de celle-ci. Le score de complexité accordé à chaque compétence est imprégné de la complexité de la situation clinique de laquelle elle en découle. Un autre facteur pouvant expliquer ce constat est que dans chaque situation clinique, les professionnels sont amenés à mobiliser un set de compétences mixte. Certaines de ces compétences seront simples, d'autres techniques et complexes. L'objectif étant toujours d'assurer une prise en charge efficace et efficiente.

7.8.3.5 *Modèle emboîté*

Dans cette exploration de la relation entre la complexité des compétences mobilisées et de la complexité de la situation, il a été nécessaire d'intégrer le fait de la « non indépendance » des observations. Chaque expert participant dans la recherche a évalué la complexité de plusieurs situations et des compétences en découlant d'autres situations. Ces personnes avec une expertise dans un domaine de soins bien précis, par exemple la gériatrie ou la chirurgie, se sont inspirées sur un cas issu du même service. En effet, leur expertise concerne un service particulier de soins. Les situations cliniques, à la base de leur travail, sont aussi « emboîtées » dans le service en question. Nous avons tenu compte donc des recommandations effectuées par les experts méthodologiques, en essayant d'intégrer ces éléments dans une analyse « emboîtée » par la procédure modèle linéaire mixte du logiciel SPSS 15.0.

Ce modèle est une extension du modèle de régression linéaire ce qui nous a renvoyé aux résultats de la régression linéaire simple réalisée préalablement. Malgré la faible partie de la variance de la complexité de la compétence étant expliquée par la complexité de la situation (cfr point 7.1.4.2), nous avons procédé à réaliser cette analyse dans l'espoir de pouvoir améliorer l'ajustement du modèle par l'emboîtement des termes « expert » et « service ». Les conditions d'application ont été testées de façon préliminaire : distribution normale de la variable réponse (score de complexité moyen global des compétences) et analyse d'outliers. Nous avons procédé à l'introduction des différents termes. La variable score moyen de la complexité a été considérée ayant un effet aléatoire. L'ajustement du modèle par le facteur expert au niveau du chaque service neutralise les paramètres de régression. L'impossibilité de trouver une unité d'analyse permettant intégrer l'information concernant les experts ayant jugé de la complexité de la situation et de la compétence a empêché l'intégration de cette variable dans le modèle.

La structure de la covariance utilisée est la composante de variance. La constante et le coefficient de régression du score moyen de complexité de la situation perdent leur signification (Z de Wald non significatif). Nous avons opté de ce fait de retenir un modèle à deux niveaux où nous retrouvons le score moyen de complexité de la situation ajusté par service.

L'apport de cette analyse à l'explication du score moyen des compétences est maigre.

Une explication possible serait que les compétences mobilisées pour prendre en charge une situation déterminée ne sont pas toutes uniformes du point de vue de la complexité. Dans cet ensemble de compétences, nous trouverons d'une part, des compétences spécifiques à haute complexité et d'autres à complexité réduite.

Ce phénomène serait présent dans tous les services. Le modèle résultant n'est pas présenté ici car il n'a pas permis de répondre à notre question de recherche.

Ce constat plaiderait pour que la différenciation de fonction soit envisagée en fonction simplement des compétences, sans autres facteurs supplémentaires.

7.9 VALIDATION DES ÉCHELLES DE COMPLEXITÉ DES SITUATIONS : 'PILOOTPROJECT 'DE COMPLEXITEITSBEOORDELING'

7.9.1 Etude de validation de l'échelle GALAMA :

La complexité de la situation est estimée à partir de l'échelle GALAMA, en comparaison avec les résultats d'une autre échelle, développée par UGent et UCL . Cette échelle n'étant pas validée, une étude complémentaire a été réalisée pour tester ses qualités psychométriques.

7.9.1.1 *Echelle de Galama*

1. À quel point, le diagnostic ou le déroulement de la maladie, sont-ils prévisibles ?
 - la situation est chronique et prévisible
 - la situation est changeante et prévisible
 - la situation est imprévisible
 - la situation est imprévisible et critique
 - Sans Objet
1. Quelle est la stabilité de la situation infirmière : Peut-on travailler avec méthode ? Une approche méthodique est :
 - à peu près réalisable pour la durée complète de la prise en charge
 - partiellement réalisable pour la durée de la prise en charge
 - peu réalisable pour la durée de la prise en charge
 - exclue
 - Sans Objet
2. Quelle est la probabilité, au vu du développement de la maladie du patient, que des situations critiques surviennent :
 - pas question de situation critique
 - occasionnellement il est question de situation critique
 - une grande chance de situation critique
 - en permanence il est question d'une situation critique
 - Sans Objet
3. Dans certaines situations, aucune concertation n'est possible (avant un passage à l'action); Quelle est la probabilité que ce type de situations survienne ?
 - la probabilité de survenue de ce type de situations est à négliger
 - la probabilité de survenue de ce type de situations est faible
 - la probabilité de survenue de ce type de situations est réelle
 - ce type de situations se présentera certainement (p.ex. arrêt cardiaque, situation de choc)
 - Sans Objet
4. Avec combien de disciplines différentes, l'infirmière (sans compter les infirmières et le médecin traitant), doit-elle interagir pour prendre le patient en charge ? (calculer chaque spécialité comme une discipline)
 - aucun

- avec 1-2 autres disciplines
 - avec 3-4 autres disciplines
 - avec plus de 4 autres disciplines
 - Sans Objet
5. À quel point l'utilisation d'outils technique est-elle nécessaire ?
- pas d'outils spécifiques
 - les outils simples (p.ex. perroquet)
 - un outil thérapeutique (p.ex. pompe à perfusion)
 - plusieurs outils thérapeutiques sont nécessaires (p.ex. plusieurs pompes à perfusion, pousse-seringue)
 - Sans Objet
6. Le soutien émotionnel du patient et de ses proches, visant le traitement de sa maladie :
- ne nécessite pas d'attention spéciale
 - ne nécessite pas d'attention supplémentaire
 - est dans une large mesure la mission de l'infirmière
 - est l'aspect principal des soins infirmiers
 - Sans Objet
7. La communication du patient constitue-t-elle un problème. Le patient peut-il s'exprimer oralement, par écrit ou par gestes ? La communication :
- ne constitue pas de problème supplémentaire
 - exige une attention supplémentaire
 - exige une attention intensive
 - n'est pas possible
 - Sans Objet

7.9.1.2 *Echelle de complexité des soins UCL-UGent*

Score 1. Pas complexe

Pour prodiguer des soins adéquats à ce patient, la solution coule de source. La réponse à fournir est rapidement trouvée et ne requiert ni connaissance ni interprétation concernant l'interaction entre les différents éléments de la situation. Les soins peuvent être planifiés et effectués avec bon sens.

Score 2. Peu complexe

Les soins prodigués à ce patient reposent sur les connaissances et l'expérience acquise lors la formation de base et permanente et lors de la pratique professionnelle. Une analyse et une interprétation rapide de la situation sont indispensable et ce sur base des connaissances actuelles. Les principes appris et en vigueur doivent être respectés. Sur base des connaissances et de l'expérience, une adaptation de ces principes n'est pas indispensable mais peut être envisagée pour respecter la procédure.

Score 3. Complexe

Prodiguer les soins appropriés à ce patient implique un usage créatif des connaissances et de l'expertise acquise lors de la formation (de base ou continue) et lors de la pratique professionnelle. La solution ne coule pas de source et implique une analyse et interprétation en profondeur de la problématique. Cela ne suppose toutefois aucune nouvelle connaissance scientifique. Les soins requis reposent sur l'intégration de connaissances acquises lors de la formation (de base ou continue) et lors de la pratique professionnelle. Il s'agit d'une variante d'une réponse déjà rencontrée précédemment. Souvent la combinaison du savoir, savoir-faire et savoir être est une variante de ce que l'on connaît déjà. Pour les soins de ce patient, les connaissances de base de la formation initiale, de la pratique ou du recyclage suffisent

Score 4. Très complexe

Les connaissances acquises lors de la formation ou de l'expérience ne sont plus suffisantes pour prodiguer les soins. Une analyse en profondeur est requise mobilisant des connaissances nouvelles et une manière créative d'interpréter la problématique, incluant une approche éthique mais aussi de nouvelles connaissances scientifiques. La situation exige une nouvelle réponse jamais rencontrée ni en formation, ni lors de l'expérience professionnelle. C'est pourquoi il est nécessaire que cette solution soit évaluée pendant et après sa mise en place, mais aussi que cette solution soit adaptée en fonction de l'évaluation.

Defloor T, Van Hecke A, Verhaeghe S, Gobert M, Darras E, Grypdonck M. The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals. *Journal of advanced nursing* 2006 Dec;56(6):669-78.

7.9.1.3 Inleiding

Het rapport van de adviescommissie opleiding A-verpleegkundige (Van Beers, 1985) stelt dat de complexiteit van de hulpverleningsrelatie voornamelijk bepaald zou worden door de mate waarin de gezondheidstoestand van de patiënt wordt bedreigd, de aan- of afwezigheid van andere hulpverleners, en de voorspelbaarheid van de wisselingen in de gezondheidstoestand van de patiënt en de snelheid van deze wisselingen. De complexiteit van handelingen zou vooral worden bepaald door de ernst van de gevolgen en eventuele complicaties van een niet juist uitgevoerde handeling, en door de mate waarin de gevolgen zijn te overzien. Deze zienswijze kan in vraag gesteld worden. Het is niet de complexiteit maar de risico's die daardoor bepaald worden. In dit rapport worden verpleegsituaties ingedeeld in laag-complexe, complexe en hoog complexe situaties.

Van Beers (1985) baseert zich op dit rapport om zes factoren af te leiden die de complexiteit van verpleegsituaties, zoals door hem opgevat, zouden bepalen:

1. de ziektesoort;
2. de stabiliteit van de verpleegsituatie;
3. de verantwoordelijkheid en de risico's;
4. de beschikbare reactietijd;
5. de personele middelen;
6. de opleiding t.a.v. equipment.

Hij stelt dat elk van deze zes factoren kunnen beoordeeld worden in laag-complexe, complexe en hoog complexe verpleegsituaties. Zowel in laag-complexe als in complexe verpleegsituaties zouden tweederde van de verpleegkundige activiteiten kunnen worden uitgevoerd door opgeleiden van het tweede niveau. Hierbij heeft hij de Mbo-opgeleiden voor ogen.

Van Beers (1985) geeft aan dat de bruikbaarheid van de beschreven methode nog dient getoetst, verbeterd en verder ontwikkeld te worden.

Galama e.a. (1992) hebben in Nederland in het kader van het project 'functiedifferentiatie in de intramurale verpleging' een instrument ontwikkeld om de complexiteit in een verpleegsituatie vast te stellen.

Het model (verder de 'Galama-schaal' genoemd) is samengesteld uit de zes factoren die ontwikkeld werden door Van Beers (1985) en twee factoren die ontleend werden uit een instrument ontwikkeld in de thuiszorg. Deze twee factoren zijn de zelfzorg en de emotionele ondersteuning (Lapre, 1989, in Vantomme, 2003). (zie bijlage 1)

Door middel van een pilootstudie werden de afkapwaarden van de Galama-schaal bepaald (Galama e.a., 1992). Dit gebeurde aan de hand van de inschatting van verpleegkundigen van het gewenste deskundigheidsniveau voor een twintigtal diagnoses. Er werden twee afkappunten bepaald. Bij een score tussen 8 en 11 zou de patiënt toegewezen kunnen worden aan een zorgverlener van het tweede deskundigheidsniveau en zou deze toewijzing binnen de 24 uur gecontroleerd moeten worden.

Bij een score tussen 12 en 15 zou de patiënt toegewezen kunnen worden aan een zorgverlener van het tweede deskundigheidsniveau, maar zou de controle op de toewijzing tijdens dezelfde shift moeten gebeuren. Bij een score van 16 of hoger zou de patiënt kunnen worden toegewezen aan een zorgverlener van het eerste deskundigheidsniveau. Met het tweede deskundigheidsniveau hebben Galama e.a. (2002) de vroegere MDGO-Vp^{er} (dezen die binnen het Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszorgonderwijs – Verpleging opgeleid zijn) en de ziekenverzorgenden (nu ziekenverzorgende Individuele Gezondheidszorg) voor ogen. Galama e.a. (1992) geven aan dat de schaal nog geen instrument kan genoemd worden, maar eerder een hulpmiddel. De validiteit, betrouwbaarheid en de afkappunten van de schaal moesten nog verder onderzocht worden.

Vantomme (2003) evalueerde de Galama-schaal door ze door 20 verpleegkundigen te laten invullen voor de patiënt(en) die ze verzorgden. In totaal werden 105 patiënten gescoord. Vantomme vindt op basis van een factoranalyse met een beperkt sample twee dimensies in de schaal terug, nl. de voorspelbaarheid en het levensbedreigend karakter. Vantomme (2003) stelde vast dat de Galama-schaal strenger is in zijn beoordeling dan de verpleegkundigen. De resultaten tonen aan dat volgens de schaal meer patiënten door verpleegkundigen dienen verzorgd te worden, dan de verpleegkundigen aangeven in de praktijk het geval te zijn. Vantomme (2003) past de Galama-schaal met eerste en tweede deskundigheidsniveau op de scheiding verpleegkundige – verzorgende. Ze geeft voor deze toepassing die anders is dan waarvoor de schaal volgens Galama e.a. bedoeld is, geen onderbouwing. Enerzijds werd de Galama-schaal ontwikkeld voor de toewijzing van patiënten in het kader van patiënttoewijzing en niet voor het overdragen van de aspecten van de zorg. Anderzijds is het tweede deskundigheidsniveau, zoals door Galama e.a. (2002) opgevat, het best te vergelijken met de (vroegere) ziekenhuisassistenten in België en niet met verzorgenden.

Vantomme (2003) geeft aan dat veel verpleegkundigen in haar onderzoek de Galama-schaal heel algemeen vonden en bij bepaalde patiënten moeilijk in te vullen daar er niet steeds één duidelijk antwoord kon worden gegeven. Dit zou volgens Vantomme (2003) overeenstemmen met de bevindingen uit het onderzoek van Galama e.a. (1992) waaruit bleek dat de complexiteit een moeilijk te concretiseren begrip is doordat complexiteit door meerdere aspecten wordt bepaald. Bovendien zouden ervaren verpleegkundigen complexiteit anders inschatten dan beginnende verpleegkundigen. Het streven naar een objectief instrument zou om die redenen bij meerdere verpleegkundigen weerstand oproepen hebben. Vantomme (2003) besluit uit haar onderzoek, in dezelfde lijn als Galama e.a. (1992), dat de Galama-schaal te gebruiken is als een leidraad, maar dat altijd voor ogen moet gehouden worden dat de beoordeling van de verpleegkundige het belangrijkste is.

In kader van het onderzoek 'Functiedifferentiatie in de verpleging: een onderzoek naar de verpleegkundige competenties' werd een complexiteitsschaal ontwikkeld (Defloor, Grypdonck, e.a., 2004).

Deze complexiteitsschaal (verder UGENT-UCL-schaal genoemd) bestaat uit 2 onderdelen: een vier puntenschaal voor het beoordelen van de globale complexiteit van de patiëntsituatie en een schaal voor het beoordelen van de complexiteit van de drie aspecten van de patiëntsituatie, m.n. het cognitieve, het psychomotorische en het affectieve aspect.

De vier puntenschaal maakt gebruik van een prototype-scoring: de respondent geeft de score van de situatiebeschrijving die het meest overeenkomt met wat zich in de te beoordelen situatie voordoet (zie bijlage 2).

Het tweede onderdeel van de schaal is gebaseerd op de taxonomie van Bloom (1966) voor het cognitief aspect, Krathwohl (1970) voor het psychomotorisch aspect en Jewett voor het affectief aspect (Nadeau, 1988) (zie bijlage 2). De inhoudsvaliditeit van de 'UGENT-UCL' schaal werd in beperkte mate nagegaan door deze voor te leggen aan 15 verpleegkundigen.

In dit pilootproject werd geëvalueerd hoe verpleegkundigen en experts aan de hand van de Galama-schaal en de 'UGENT-UCL' schaal de complexiteit van patiëntsituaties beoordelen.

7.9.1.4 Onderzoeksopzet

1. DOEL VAN HET ONDERZOEK

Het primaire doel van het pilootproject was te onderzoeken of experts met ervaring binnen het betrokken zorgdomein, maar niet rechtsreeks in de directe zorg van de te beoordelen patiënt betrokken, de complexiteit van de verpleegkundige zorg op een vergelijkbare wijze beoordelen als verpleegkundigen werkzaam in het zorgdomein heekunde, interne en geriatrie.

Tezelfdertijd werd nagegaan of twee complexiteitschalen vergelijkbare resultaten opleverden.

2 SETTING

Het onderzoek richtte zich op drie zorgdomeinen: heekunde, interne en geriatrie.

3 INSTRUMENTEN

Om de complexiteit van de patiëntsituaties te bepalen werden twee schalen gebruikt: de Galama-schaal (Galama e.a., 1992) en de UGENT-UCL-schaal (Defloor, Grypdonck, e.a., 2004).

4 PROCEDURE

De complexiteit van patiëntsituaties, uitgewerkt door verpleegkundigen op basis van recent verzorgde patiënten, werd door basisverpleegkundigen en door experts gescoord.

Basisverpleegkundigen zijn (hoofd)verpleegkundigen werkzaam op afdelingen binnen de zorgdomeinen heekunde, interne en geriatrie.

Experts zijn verpleegkundigen die een bijkomende opleiding hebben genoten, klinische expertise hebben in het betrokken veld en actief zijn in het betrokken werkveld.

Eerst wordt besproken hoe de patiëntsituaties geïnventariseerd werden, daarna hoe de complexiteit van patiëntsituaties werd bepaald.

4.1 Fase 1: Inventarisatie van patiëntsituaties

Deze eerste fase bestond uit het samenstellen van het expertpanel en het opmaken en bundelen van patiëntsituaties.

4.1.1 Rekrutering van verpleegkundigen en experts

Voor het beschrijven van patiëntsituaties werd beoogd een panel van 15 verpleegkundigen te bekomen, m.n. vijf verpleegkundigen per zorgdomein.

Aangezien het doel van het pilootproject het evalueren van de complexiteitsbeoordeling is, werd niet gezocht naar een evenwichtige verhouding van verpleegkundigen volgens de taalggebieden.

Aan de verpleegkundig directeur of verantwoordelijke van negen ziekenhuizen werd gevraagd verpleegkundigen op te geven die konden gecontacteerd worden voor deelname aan de studie en werd gevraagd namen van experts op te geven om deel uit te maken van het expertpanel. Het doel was om vijf experts per zorgdomein te bekomen. Voorwaarden om als expert te kunnen fungeren waren: verpleegkundige zijn, een bijkomende opleiding hebben genoten, klinische expertise hebben en actief zijn in het werkveld.

Het panel van 15 experts bestond uit hoofdverpleegkundigen, verpleegkundige specialisten, diensthoofden, stafmedewerkers en onderzoekers (zie tabel 4.18). Op deze wijze werd een breder waaier van gezichtspunten in het expertpanel bekomen.

Tabel 4.18. Samenstelling van het expertpanel

Functie	Heelkunde	Interne	Geriatricie
Diensthofd	2	-	-
Staffunctie	-	-	1
Hoofdverpleegkundige	1	2	1
Verpleegkundigen	-	2	-
Verpleegkundig specialist	1	-	2
Onderzoeker	1	2	1
TOTAAL	5	6	5

4.1.2 Beschrijven van patiëntsituaties

Aan de deelnemende (hoofd)verpleegkundigen werd gevraagd om vier patiëntsituaties te beschrijven die zich in de week voorafgaand aan de vraag, op hun afdeling hadden voorgedaan. De vier patiëntsituaties moesten een eenvoudige, een doorsnee, een moeilijke en een noodsituatie vertegenwoordigen (zie tabel 4.19).

Tabel 4.19. Definitie van de verschillende types patiëntsituaties

Type patiëntsituatie	Definitie
Eenvoudig	Een gemakkelijke patiëntsituatie met eenvoudige zorgen.
Doorsnee	Een patiëntsituatie waarmee de verpleegkundige frequent geconfronteerd wordt.
Moeilijk	Een patiëntsituatie met complexe zorgen die eventueel overleg vergt binnen het verpleegkundig team of multidisciplinair.
Nood	Een patiëntsituatie waar snel en efficiënt ingegrepen moet worden om deze te stabiliseren.

Er werd telkens een voorbeeldsituatie gegeven om de redactie te vergemakkelijken en ervoor te zorgen dat de patiëntsituaties bruikbaar zouden zijn voor het onderzoek. Dit voorbeeld was steeds een situatie uit een ander zorgdomein en gaf een beeld van de vereiste mate van volledigheid van de beschrijving.

Het invulformulier voor het beschrijven van patiëntsituaties en de begeleidende brief werden in het eerste deel van het onderzoek 'Functiedifferentiatie in de verpleging: een onderzoek naar de verpleegkundige competenties' (Defloor, Grypdonck, e.a., 2004) getest op gebruiksvriendelijkheid en verstaanbaarheid.

Tabel 4.20 toont de respons van de (hoofd)verpleegkundigen per zorgdomein.

Tabel 4.20. Respons van de (hoofd)verpleegkundigen per zorgdomein

Zorgdomein	(hoofd)verpleegkundigen
Heelkunde	6
<i>Tijdig geantwoord</i>	4
Interne	4
<i>Tijdig geantwoord</i>	3
Geriatricie	5
<i>Tijdig geantwoord</i>	3
Totaal	15
<i>Tijdig geantwoord</i>	10

4.1.3 Samenbundeling van de patiëntsituaties

Alle door de verpleegkundigen beschreven patiëntsituaties werden per zorgdomein gebundeld. Het onderzoeksteam heeft de patiëntsituaties niet gewijzigd.

Om het beoogde aantal van 20 patiëntsituaties per zorgdomein alsnog te bekomen, werden per zorgdomein nog een aantal patiëntsituaties bijgevoegd (zie tabel 4.21). Deze patiëntsituaties werden beschreven in het eerste deel van het onderzoek 'Functiedifferentiatie in de verpleging: een onderzoek naar de verpleegkundige

competenties' waar dezelfde methodologie werd gevolgd (Defloor, Grypdonck, e.a., 2004).

Tabel 4.21. Aantal beschreven en bijgevoegde patiëntsituaties

Zorgdomein	Aantal beschreven patiëntsituaties	Aantal bijgevoegde patiëntsituaties
Heelkunde	16	4
Interne	12	8
Geriatric	12	8
TOTAAL	40	20

De bundeling van 20 patiëntsituaties per zorgdomein bestond uit een evenredig aantal eenvoudige, doorsnee, moeilijke en noodsituaties. De vermelding van de categorie van de patiëntsituatie werd in de bundeling weggelaten om vertekening bij de complexiteitsbeoordeling van patiëntsituaties te vermijden.

4.2 Fase 2: Complexiteit van patiëntsituaties

In de tweede fase wordt besproken hoe de complexiteit van de patiëntsituaties werden gescoord door verpleegkundigen en experts.

4.2.1 Panel van verpleegkundigen en experts

Per zorgdomein diende de complexiteit van 20 patiëntsituaties beoordeeld te worden door 5 (hoofd)verpleegkundigen en 5 experts. Om dit te verzekeren werden voor de zorgdomeinen geriatric en interne nog twee verpleegkundigen en voor het zorgdomein heelkunde nog 1 verpleegkundige gecontacteerd om deel te nemen aan het onderzoek.

4.2.2 Scoring van complexiteit van patiëntsituaties

De complexiteit van patiëntsituaties werd gescoord aan de hand van de twee complexiteitsschalen: de Galama-schaal (Galama e.a., 1992) en de UGENT-UCL-schaal (Defloor, Grypdonck, e.a., 2004). Indien voor de UGENT-UCL-schaal een bepaald deelaspect bij de patiëntsituatie niet van toepassing was, kon dit aangegeven worden door de letter X.

Tabel 4.22 toont de respons per zorgdomein.

Tabel 4.22. Respons (hoofd)verpleegkundigen en experts per zorgdomein

Zorgdomein	(hoofd)verpleegkundigen	experts
Heelkunde	6	5
<i>Tijdig geantwoord</i>	5	5
Interne	5	5
<i>Tijdig geantwoord</i>	4	5
Geriatric	6	5
<i>Tijdig geantwoord</i>	5	4
TOTAAL	17	15
<i>Tijdig geantwoord</i>	14	14

7.9.1.5 Resultaten

De analyse concentreerde zich op drie punten: de beoordeling van complexiteit van de verschillende patiëntsituaties door de verpleegkundigen en de experts, het vergelijken van de Galama-schaal en de UGENT-UCL-schaal, en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze schalen.

I VERSCHIL TUSSEN EXPERTBEOORDELING EN VERPLEEGKUNDIGE BEOORDELING

Er is geen verschil in de beoordeling van de complexiteit tussen de verpleegkundigen die zelf de patiëntsituatie geschreven heeft, de andere verpleegkundigen uit het zorgdomein en de experts. Dat geldt zowel voor de Galama-schaal ($F=1.825$; $df=2$; $p=0.162$) als voor de UGENT-UCL-schaal ($\chi^2=11.834$; $df=6$; $p=0.066$).

Galama et al. (1992) stelden twee afkappunten voor.

Deze werden door Vantomme (2003) overgenomen. Bij een score tussen 8 en 11 kan de patiënt toegewezen worden aan een zorgverlener van het tweede deskundigheidsniveau en zou deze toewijzing binnen de 24 uur gecontroleerd moeten worden. Bij een score tussen 12 en 15 kan de patiënt toegewezen worden aan een zorgverlener van het tweede deskundigheidsniveau, maar zou de controle op de toewijzing tijdens dezelfde shift moeten plaatsvinden. Bij een score van 16 of hoger zou de patiënt kunnen worden toegewezen aan een zorgverlener van het eerste deskundigheidsniveau. In het pilootproject werd er tussen de experts en de verpleegkundigen geen verschil gevonden in het toewijzen van patiënten aan zorgverleners van het eerste of tweede deskundigheidsniveau ($\chi^2=0.137$, $df=1$, $p=0.712$).

Experts en de verpleegkundigen blijken wel van elkaar te verschillen in het onderscheid tussen patiëntsituaties die aan zorgverleners van het tweede deskundigheidsniveau kunnen worden toegewezen maar waarvan de controle op de toewijzing binnen de 24 uur moet gebeuren of waarvan de controle binnen dezelfde shift moet gebeuren ($\chi^2=6.427$, $df=2$, $p=0.04$) (zie tabel 1). Experts schatten complexiteit strenger in dan verpleegkundigen.

Tabel 4.22. Toewijzing van de experts en verpleegkundigen aan het eerste en tweede deskundigheidsniveau op basis van de Galama-schaal

	Tweede deskundigheid-Niveau 24 uur controle		Tweede deskundigheid-niveau Zelfde shift controle		Eerste deskundigheid-niveau		Totaal
	N	%	N	%	N	%	N
Verpleegkundigen	53	18.9	32	11.4	195	69.6	280
Experts	29	12.1	40	16.7	170	71.1	239
Totaal	82	15.8	72	13.9	365	70.3	519

Ook per type situatie zijn de verschillen tussen de experts en de verpleegkundigen in het toewijzen van patiënten aan zorgverleners van het eerste of tweede deskundigheidsniveau niet significant (zie tabel 4.23). Moeilijke en noodsituaties worden zowel door de verpleegkundigen als de experts zelden (in minder dan 2% van de cases) toegekend aan het tweede deskundigheidsniveau.

Tabel 4.23. Verschil tussen de experts en verpleegkundigen in de toewijzing van patiëntsituaties aan zorgverleners van het eerste of tweede deskundigheidsniveau nop basis van de Galama-schaal

Patiëntsituaties	Chi2	df	P-waarde
Eenvoudige situaties	5.383	2	.068
Doorsnee situaties	3.172	2	0.205

2 VERGELIJKING TUSSEN GALAMA-SCHAAL EN UGENT-UCL-SCHAAL

De spearman correlatiecoëfficiënt (r_s) werd berekend voor de totaalscores van de Galama-schaal en van de UGENT-UCL-schaal. Er werd een significante correlatie gevonden voor de totale groep van experts en verpleegkundigen als voor experts en verpleegkundigen afzonderlijk (zie tabel 4.24).

Tabel 4.24. Correlatie totale scores Galama en UGENT-UCL-schaal

	N	r_s	P-waarde
Totale groep	556	0.70	<.001
Experts	276	0.70	<.001
Verpleegkundigen	280	0.69	<.001

De totaalscore van de Galama-schaal correleert positief met de drie subdomeinen van de UGENT-UCL-schaal. De totaalscore correleert het sterkst met het cognitief aspect ($r_s=0.65$) en het zwakst met het affectieve aspect ($r_s=0.45$) (zie tabel 4.25).

Tabel 4.25. Correlatie totale scores Galama-schaal en subdomeinen UGENT-UCL-schaal

	N	Cognitief		Psychomotorisch		Affectief	
		r_s	P	r_s	P	r_s	P
Totale groep	557	0.65	<.001	0.60	<.001	0.45	<.001
Experts	276	0.65	<.001	0.64	<.001	0.40	<.001
Verpleegkundigen	280	0.64	<.001	0.58	<.001	0.48	<.001

Er werd voor de totale groep van experts en verpleegkundigen telkens een positieve significante correlatie gevonden tussen elk van de acht items van Galama en elk van de drie subdomeinen van de UGENT-UCL-schaal. Het cognitieve en psychomotorische aspect correleren het hoogst met het item 'stabiliteit van de verpleegsituatie' (resp. $r_s = 0.59$ en $r_s = 0.54$) en het minst met het item 'emotionele ondersteuning' (respectievelijk $r_s = 0.36$ en $sp = 0.31$)

Het affectief aspect correleert het hoogst met het item 'emotionele ondersteuning' ($r_s = 0.50$) en het minst met 'multidisciplinariteit' ($r_s = 0.23$). (zie tabel 4.26)

Tabel 4.26. Correlatie items Galama-schaal en subdomeinen UGENT-UCL-schaal, totale groep

	Cognitief		Psychomotorisch		Affectief	
	r_s	P	r_s	P	r_s	P
Diagnose en verloop	0.53	<.001	0.45	<.001	0.32	<.001
Stabiliteit van de verpleegsituatie	0.59	<.001	0.54	<.001	0.38	<.001
Verantwoordelijkheid en risico's	0.51	<.001	0.46	<.001	0.27	<.001
Reactietijd	0.49	<.001	0.46	<.001	0.34	<.001
Multidisciplinariteit	0.39	<.001	0.39	<.001	0.23	<.001
Technische hulpmiddelen	0.44	<.001	0.43	<.001	0.24	<.001
Emotionele ondersteuning	0.36	<.001	0.31	<.001	0.50	<.001
Communicatie	0.46	<.001	0.45	<.001	0.42	<.001

Dezelfde correlatiecoëfficiënten werden berekend voor de experts en verpleegkundigen onderling. Gelijkaardige resultaten werden gevonden (zie tabellen 4.27 en 4.28).

Tabel 4.27. Correlatie items Galama-schaal en subdomeinen UGENT-UCL-schaal, experts

	Cognitief		Psychomotorisch		Affectief	
	r_s	P	r_s	P	r_s	P
Diagnose en verloop	0.50	<.001	0.42	<.001	0.27	<.001
Stabiliteit van de verpleegsituatie	0.60	<.001	0.57	<.001	0.33	<.001
Verantwoordelijkheid en risico's	0.50	<.001	0.46	<.001	0.23	<.001
Reactietijd	0.48	<.001	0.49	<.001	0.33	<.001
Multidisciplinariteit	0.39	<.001	0.34	<.001	0.16	<.001
Technische hulpmiddelen	0.33	<.001	0.38	<.001	0.16	<.001
Emotionele ondersteuning	0.31	<.001	0.27	<.001	0.55	<.001
Communicatie	0.47	<.001	0.50	<.001	0.35	<.001

Tabel 4.28. Correlatie items Galama-schaal en subdomeinen UGENT-UCL-schaal, verpleegkundigen

	Cognitief		Psychomotorisch		Affectief	
	r_s	P	r_s	P	r_s	P
Diagnose en verloop	0.54	<.001	0.48	<.001	0.36	<.001
Stabiliteit van de verpleegsituatie	0.58	<.001	0.51	<.001	0.43	<.001
Verantwoordelijkheid en risico's	0.52	<.001	0.46	<.001	0.31	<.001
Reactietijd	0.48	<.001	0.44	<.001	0.35	<.001
Multidisciplinariteit	0.39	<.001	0.45	<.001	0.30	<.001
Technische hulpmiddelen	0.52	<.001	0.48	<.001	0.32	<.001
Emotionele ondersteuning	0.40	<.001	0.35	<.001	0.45	<.001
communicatie	0.46	<.001	0.41	<.001	0.50	<.001

De interne consistentie van de 8 items van de Galama-schaal werd in 2003 onderzocht door Vantomme (2003). Er werd een Cronbach alfa van 0.73 gemeten. In het huidige voorproject werd een interne consistentie gevonden van 0.87.

Er is ook een statistisch significant verband tussen de toewijzing aan zorgverleners op basis van de Galama-schaal enerzijds en de UGENT-UCL-schaal anderzijds ($\text{Chi}^2=207.896$; $\text{df}=6$; $p<0.001$).

Hoge scores op de UGENT-UCL-schaal worden hoofdzakelijk aan het eerste deskundigheidsniveau toegewezen en lage scores op de UGENT-UCL-schaal aan het tweede deskundigheidsniveau.

Ongeveer 81% van de niet-complexe situaties (score 1 op de UGENT-UCL-schaal) worden aan het tweede deskundigheidsniveau toegewezen.

Complexe situaties (score 4 op de UGENT-UCL-schaal) worden zelden (<4%) aan het tweede deskundigheidsniveau toegewezen.

Zowel voor de eenvoudige als voor de doorsnee situaties worden gelijkaardige resultaten gevonden. Niet-complexe eenvoudige en doorsnee situaties (score 1 op de UGENT-UCL-schaal) worden in resp. 88.8% en 80% van de situaties aan het tweede deskundigheidsniveau toegewezen. Complexere eenvoudige en doorsnee situaties (score 4 op de UGENT-UCL-schaal) worden in principe niet aan het tweede deskundigheidsniveau toegewezen (resp. 0.8% en 0%).

Voor de 3 subdomeinen van de UGENT-UCL-schaal geldt dat niveau B en C, de hogere complexiteitsniveaus, in beperkte mate toegewezen worden aan het tweede deskundigheidsniveau. Affectief complexere situaties worden iets meer toegewezen aan het tweede deskundigheidsniveau (10.7%) dan psychomotorische complexere situaties en vooral dan cognitief complexere situaties (resp. 4.5% en 3.9%).

Situaties die niet-complex zijn op affectief vlak worden in 78.5% van de gevallen door de Galama-schaal toegewezen aan een zorgverlener van het tweede deskundigheidsniveau. Niet-complexe situaties op cognitief en psychomotorisch vlak worden in resp. 69.7% en 60.8% van de situaties toegewezen aan het tweede deskundigheidsniveau met de afkappunten van Galama (Zie tabellen 4.29, en 4.30).

Tabel 4.29. Vergelijking categorieën Galama met subdomeinen UGENT-UCL-schaal

Subdomein UGENT-UCL-schaal	Tweede deskundigheid-Niveau 24 uur controle		Tweede deskundigheid-niveau Zelfde shift controle		Eerste deskundigheid-niveau		Totaal
	N	%	N	%	N	%	
Cognitief							
A	59	42.4	38	27.3	42	30.2	139
B	21	10.4	28	13.9	152	75.6	201
C	2	1.1	5	2.8	171	96.1	178
X	0	0	1	100	0	0	1
Totaal	82	15.8	72	13.9	365	70.3	519
Psychomotorisch							
A	70	38.0	42	22.8	72	39.1	184
B	10	4.6	25	11.4	184	84.0	219
C	2	1.8	3	2.7	106	95.5	111
X	0	0	2	40.0	3	60.0	5
Totaal	82	15.8	72	13.9	365	70.3	519
Affectief							
A	50	53.8	23	24.7	20	21.5	93
B	26	10.2	36	14.1	193	75.7	255
C	6	3.8	11	6.9	142	89.3	159
X	0	0	2	16.7	10	83.3	12
Totaal	82	15.8	72	13.9	365	70.3	519

Tabel 4.30. Pearson Chi-Square Galama-schaal en subdomeinen UGENT-UCL-schaal

	Chi ²	df	P-waarde
Cognitief	179.828	6	< .001
Psychomotorisch	155.072	6	<.001
Affectief	160.875	6	<.001

3 INTERBEOORDELAARSBETROUWBAARHEID VAN DE GALAMA-SCHAAL EN UGENT-UCL-SCHAAL

Voor het berekenen van de onderlinge overeenstemming van alle scoorders werd gebruik gemaakt van mkappasc procedure (Nichols, 1997).

Voor de UGENT-UCL-schaal werd een significante multi-raterkappa-waarde gevonden van 0.21 (p<.001). Een lagere multi-raterkappa-waarde (k=0.04; p<.001)) werd gevonden voor de totaal score van de Galama-schaal

De multi-raterkappa voor de experts en verpleegkundigen onderling vertoont gelijkaardige resultaten (zie tabel 4.31).

Tabel 4.31. Multi-rater kappa voor Galama-schaal en UGENT-UCL-schaal.

	Galama-schaal			UGENT-UCL-schaal	
	N	Kappa	P	Kappa	P
Totale groep	556	0.04	<.001	0.21	<.001
Experts	276	0.04	0.005	0.21	<.001
Verpleegkundigen	280	0.04	0.001	0.22	<.001

7.9.1.6 *Discussie*

De complexiteit van een patiëntsituatie werd niet alleen beoordeeld door de verpleegkundige die de situatie meegemaakt had, maar ook door verpleegkundigen werkzaam in hetzelfde zorgdomein en door experts. Experts blijken voorzichtiger in hun oordeel te zijn en vinden van meer patiëntsituaties dat de toewijzing tijdens dezelfde shift moet plaatsvinden dan de verpleegkundigen die wat vaker vinden dat dit slechts binnen de 24 uur gecontroleerd moet worden. Dit blijkt echter geen consequenties te hebben voor het totaal aantal patiëntsituaties dat toegewezen worden aan zorgverleners van het tweede deskundigheidsniveau. Deze vaststelling ondersteunt de keuze om in het hoofdonderzoek gebruik te maken van experts om de complexiteit van patiëntsituaties te bepalen.

Er werd een hoge correlatie gevonden tussen de mate van complexiteit van patiëntsituaties op basis van de UGENT-UCL-schaal enerzijds en de scores op de Galama-schaal. Uitgaande van het afkappunt dat Galama e.a. (1992) hanteren, zijn het vooral eenvoudige en doorsnee situaties die toegewezen worden aan zorgverleners van het tweede deskundigheidsniveau. Dit is zelden het geval voor moeilijke en noodsituaties. Situaties die affectief complex zijn worden wel in grotere mate toegewezen aan zorgverleners van het tweede deskundigheidsniveau.

De interbeoordelingsbetrouwbaarheid voor beide schalen ligt zeer laag maar is aanzienlijk lager voor de Galama-schaal dan voor de UGENT-UCL-schaal. De UGENT-UCL-schaal kan dus als meer objectief beschouwd worden. Ook hier geldt de gekende uitdrukking "complexity is in the eye of the beholder". Complexiteit van de zorg wordt ook aan de hand van een schaal erg verschillend beoordeeld door verschillende personen en dat geldt zowel voor verpleegkundigen als experts. Wat voor de ene verpleegkundige complex is, kan voor de andere verpleegkundige minder complex of zelfs simpel lijken. Noch Vantomme (2003) noch Galama e.a. (1992) hebben (merkwaardig genoeg) de interrater betrouwbaarheid getoetst.

De interne consistentie van de Galama-schaal blijkt dan wel hoog te zijn. De interne consistentie in het pilootproject waar met korte, gestructureerde patiëntsituaties werd gewerkt ligt zelfs hoger dan in het onderzoek van Vantomme (2003) waarbij verpleegkundigen zelf een of meerdere patiënten die ze zelf verzorgden scoorden.

De Galama-schaal en de globale complexiteitsschaal van de UGENT-UCL zijn goed met elkaar gecorreleerd. De deelaspecten van de UGENT-UCL-schaal hebben lagere correlaties met de Galamaschaal. Vooral de affectieve dimensie blijkt maar laag gecorreleerd aan de Galama-schaal. Ook de items 'emotionele ondersteuning' en 'communicatie' van de Galama-schaal blijken laag gecorreleerd te zijn met het affectieve deelaspect van de UGENT-UCL-schaal. Het item 'emotionele ondersteuning' van de Galama-schaal is enkel gericht op de vraag of de emotionele ondersteuning van de patiënt al of niet speciale aandacht vraagt. Het item 'communicatie' van de Galama-schaal ondervraagt of een patiënt zich kan uitdrukken in woord, schrift en/of gebaar. Het affectieve deelaspect van de UGENT-UCL-schaal focust op het actief luisteren, empathische ondersteuning en therapeutische relatie met de patiënt.

Dit betekent dat de Galama-schaal wel met de globale UGENT-UCL-schaal uitwisselbaar is, maar dat de andere schalen van de UGENT-UCL bijkomende informatie leveren.

7.9.1.7 *Conclusies*

In dit pilootproject werden twee complexiteitschalen de Galama-schaal en de UGENT-UCL-schaal, met elkaar vergeleken. Beide schalen werden door dezelfde groep van verpleegkundigen en experts ingevuld voor 60 beschreven patiëntsituaties.

Verpleegkundigen en experts blijken niet van elkaar te verschillen in het toewijzen van zorgverleners van verschillende deskundigheidsniveaus aan patiëntsituaties. Het zijn de eenvoudige en de doorsnee situaties die toegewezen worden aan zorgverleners van het tweede deskundigheidsniveau. Dit is zelden het geval voor de moeilijke en de noodsituaties. De interbeoordelingsbetrouwbaarheid voor beide schalen ligt zeer laag. De Galama-schaal en de globale complexiteitsschaal van de UGENT-UCL zijn goed met elkaar gecorreleerd. De deelaspecten van de UGENT-UCL-schaal zijn wat zwakker gecorreleerd met de Galamaschaal. Vooral de affectieve dimensie geeft bijkomende informatie.

De Galama-schaal is een zwak onderbouwde schaal waarvan geen meerwaarde is aangetoond. Ze is globaal objectief omdat ze complexiteit in elementen uiteenlegt, maar ze vraagt daarover het subjectief oordeel. Zoals verwacht leidt de som van subjectieve oordelen niet tot een objectief oordeel en biedt de lange schaal geen winst op de globale schaal voorzover uit cases te beoordelen is.

Veiligheid (zorgen dat er geen ongevallen gebeuren) is het uitgangspunt van de schaal eerder dan kwaliteit (zorgen dat de patiënt de zorg krijgt die hij nodig heeft). Van het gebruik van de schaal kan dan ook verwacht worden dat het leidt tot verlies van kwaliteit.

7.10 REFERENTIES:

Beers van J. *Complexiteit van de verpleegsituatie: overweging voor het verpleegkundig management bij de inzet van hun personeel*. Tijdschrift voor ziekenverpleging 1985; 39(21):634-637.

Bloom B.S. *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals Education nouvelle*. 1966; Montréal.

Defloor T, Grypdonck M, Darras E, ...[et al]. *Functiedifferentiatie in de verpleegkunde: een onderzoek naar de verpleegkundige competenties*. 2004; UGent en UCL.

Defloor T, Van Hecke A, Verhaeghe S, ...[et al]. *The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals*. Journal of advanced nursing 2006; 56(6):669-678.

Galama N, Uijterwaal R, Vlemmix M. *Functiedifferentiatie binnen de intramurale verpleging: De voorbereiding van een experiment in algemene ziekenhuizen Deel 2*. Nationaal Ziekenhuisinstituut 1992 nov; Nieuwegein.

Krathwohl D.R. *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals*. 1970; David McKay Co, New York.

Nichols D. *MKappasc SPS/MKappasc txt (SPSS Macro/SPSS read me)*. 1997; SPSS Inc., Chicago, IL.

Nadeau M.C. *L'évaluation de programme: théorie et pratique*. 1988; Les presses de l'Université de Laval, Quebec.

Vantomme A, Sermeus W, Peeters G. *Evaluatie van de inschakeling van ondersteunend personeel in een verpleegequipe van een algemeen ziekenhuis*. Theses binnen Medisch Sociale Wetenschappen 2003; KULeuven.

7.11 VALIDATION ECOLOGIQUE'

7.11.1 Objectif

La validation écologique permet de voir si des experts, non impliqués dans les soins directs aux patients, évaluent la complexité de l'offre en soins différemment des infirmières qui ont pris ces mêmes patients en charge. Simultanément, elle permet de repérer les éléments qui influencent la complexité du soin.

7.11.2 Méthode

7.11.2.1 Lieu et pré-test

La recherche s'adressait à deux domaines de soins : la chirurgie et la gériatrie. Y participaient tant des infirmières que des experts. Les infirmières travaillaient dans les services de chirurgie et de gériatrie, alors que les experts étaient des prestataires de l'art infirmier bénéficiant d'une expertise clinique. Ces derniers travaillaient dans le domaine concerné et avaient suivi, de préférence, une formation complémentaire.

7.11.2.2 Outils

Afin d'évaluer la complexité des situations de patients, deux échelles ont été utilisées : l'échelle de Galama (Galama et al., 1992) et l'échelle UGENT-UCL (Defloor, Grypdonck, et al., 2004).

7.11.3 Procédure

La complexité des situations de soins, évaluée par des infirmières qui se basaient sur des patients récemment soignés, était évaluée par ces mêmes infirmières et par les experts, à l'aide de l'échelle de Galama et celle de UGENT-UCL (phase A et B).

Une interview par *focus group* a ensuite été réalisée avec ces mêmes infirmières et experts. (phase C). Dans un premier temps, la discussion portait sur la manière dont les situations de soins avaient été inventoriées, ainsi que la manière dont la complexité de situations de patients avait été évaluée. Pour finir, la composition des *focus group* et le déroulement des entrevues et l'analyse des données ont été commentées.

PHASE A: INVENTAIRE DES SITUATIONS DE PATIENTS

Cette première phase comprenait la constitution d'un panel d'infirmières et d'experts, la rédaction des situations de patients, suivie de leur évaluation.

Recrutement des infirmières et des experts

Pour la description des situations de patients, nous avons veillé à constituer un panel de trois infirmiers (en chef) par domaine de soin. Les infirmières ont été recrutées par le biais de la formation 'Master in verpleegkunde en vroedkunde' organisée à l'UGent. De même, un panel d'experts a été constitué. Les experts étaient des PAI, reconnus pour leur expertise dans le domaine de soin. Nous avons veillé à respecter la même proportion des fonctions d'experts que dans la recherche principale. Trois experts par domaine de soins ont été interpellés: un infirmier en chef, une infirmière et un collaborateur ou maître de conférences.

Description et évaluation des situations de patients

Comme pour le projet principal, il a été demandé aux infirmiers (en chef) de décrire quatre situations de patients prises en charge dans l'unité durant la semaine précédant la requête.

Ces quatre situations de patients devaient représenter une situation simple, une situation de complexité moyenne, une situation difficile et une situation d'urgence (voir tableau 9). Un exemple de situation leur a été remis afin de faciliter la description des cas. L'exemple utilisé provenait d'une situation d'un autre domaine de soins et donnait une idée de la forme souhaitée.

Tableau 4.32. Définition des différents types de situations de patients

Type de situation	Définition
Simple	Une situation de patient facile nécessitant des soins simples.
Moyenne	Une situation de patient à laquelle le PAI est souvent confrontée.
Difficile	Une situation de patient avec des soins complexes, nécessitant éventuellement une concertation avec l'équipe infirmière ou multidisciplinaire
Urgente	Une situation de patient nécessitant une prise en charge rapide et efficace pour la stabiliser.

Ensuite, il leur était demandé :

- De décrire brièvement les soins infirmiers requis pour ces situations.
- D'attribuer un score de complexité à chaque situation de patient ainsi créée, à l'aide de l'échelle de Galama et celle de l'UGENT-UCL
- De déterminer à quel(s) niveau(x) d'expertise ce type de soins s'adressait.

Liaison des situations de patients

Toutes les situations de patients décrites par les infirmières-chef. La catégorie de la situation de patient n'était pas mentionnée aux experts, de manière à ne pas influencer l'évaluation de la complexité des situations de patients.

PHASE B: EVALUATION DES SITUATIONS DE PATIENTS

Les situations de patients reliées ont été soumises aux experts, ainsi qu'aux infirmières de chaque domaine de soins. Il leur était demandé de déterminer la complexité des situations de patients à l'aide de l'échelle de Galama et de celle de l'UGENT-UCL. Il leur était également demandé d'attribuer le niveau de compétence requis pour le soin.

Nous avons demandé aux infirmières qui avaient décrit et attribué un score aux situations de patients dans la première phase (phase A), de les scorer une nouvelle fois.

PHASE C: FOCUS GROUP

Au cours de la phase C, l'objectif et la composition des *focus group* ont été discutés et le déroulement et l'analyse ont été commentés.

Objectifs des focus group

Lors des entrevues par focus group, nous avons voulu explorer l'argumentation des experts et des infirmiers lors de l'évaluation de la complexité du soin. Une interview par *focus group* est une conversation structurée se déroulant à l'intérieur d'un petit groupe de personnes, animé par un responsable. Cette méthodologie de recueil de données a été retenue, car elle permet d'obtenir des informations sur les opinions et arguments des intervenants quant à la complexité des soins perçue. Le sommaire des éléments pouvant influencer la complexité du soin peut offrir une aide à l'interprétation des scores de complexité attribués aux situations de patients.

Composition des focus group

Deux *focus group* ont été constitués. Les *focus group* gériatrie et chirurgie étaient composés respectivement de trois PAI et trois experts qui avaient décrit et/ou évalué des situations de patients dans le domaine des soins chirurgicaux. Ce nombre permettait d'avoir une discussion au cours de laquelle tous les points de vue pouvaient être abordés et d'obtenir un éventail étendu de perceptions différentes.

Le déroulement des interviews par focus group

La concertation entre les chercheurs a permis l'élaboration d'un protocole, décrivant le déroulement prévu des interviews (annexe I). Ce protocole a été discuté avec le Dr. L. Kohn (KCE).

Deux entrevues par *focus group* ont ensuite été réalisées. Pour chacune d'entre elles, deux heures ont été prévues. Elles ont été enregistrées afin de ne pas perdre d'informations importantes.

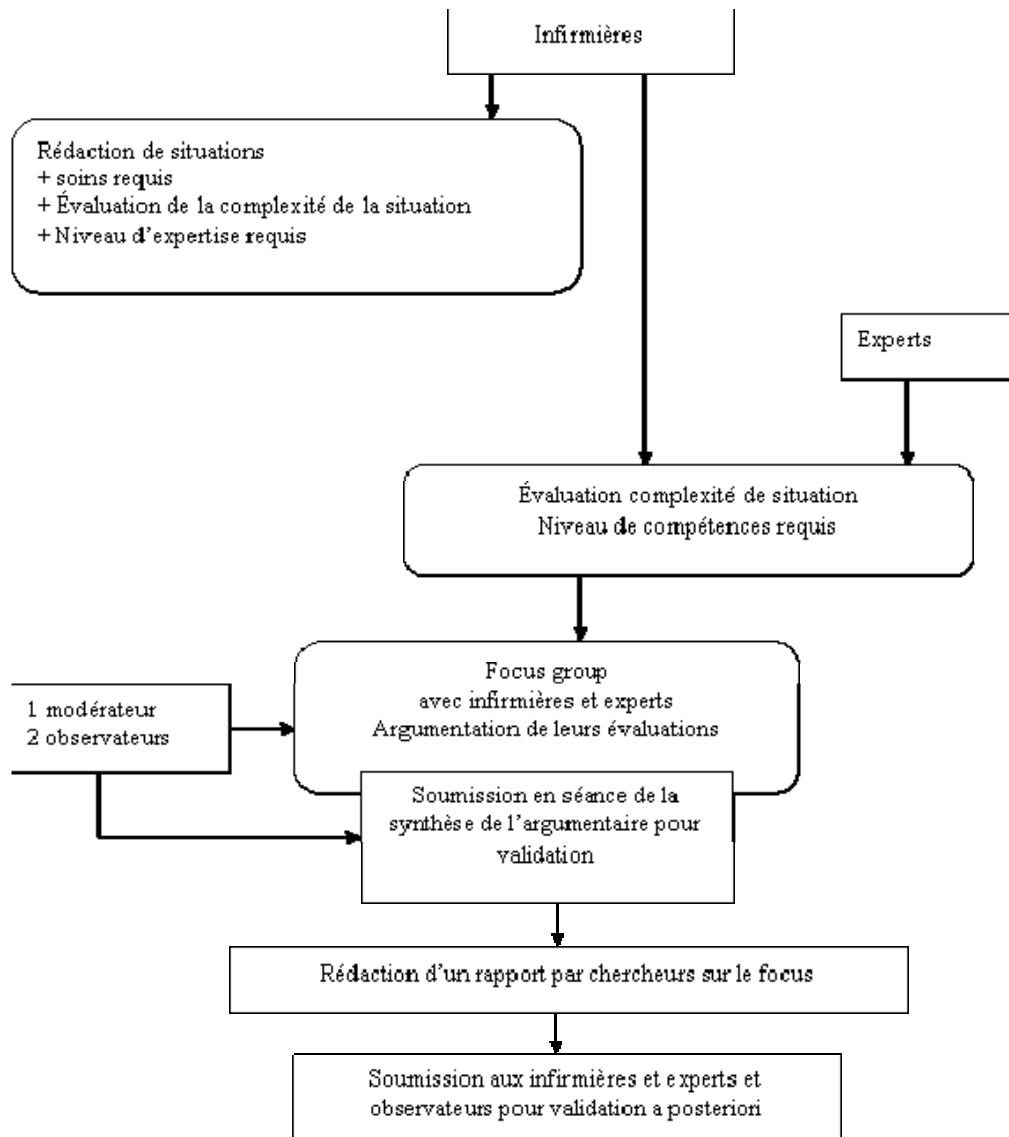
Sur base de situations de patients, évaluées par les participants au cours des phases précédentes, ceux-ci ont été interrogés sur les éléments qui rendaient la dispensation des soins complexes. L'interview était aussi peu directive que possible, menée à l'aide de questions ouvertes et semi-structurées (voir protocole : annexe I). Chaque *focus group* était animé par un modérateur. Deux observateurs étaient également présents. L'un d'eux prenait des notes, tandis que l'autre rédigeait une synthèse structurée. A la fin du *focus group*, la synthèse générale était présentée (projetée) et chaque participant était invité à marquer son accord avec la synthèse et la structure produites et à ajouter d'autres éléments, si nécessaire.

L'analyse des focus group

A la suite des focus group, l'enregistrement était analysé. Au cours de cette phase, les parties importantes de la complexité étaient mises en évidence. A l'aide de l'enregistrement et des notes prises par les observateurs, la synthèse réalisée au cours de l'entrevue a été affinée et complétée.

Le rapport de recherche était relu et commenté par les observateurs, ainsi que par les participants au focus group.

Figure 4.5



L'analyse s'est concentrée sur deux points: d'une part, l'évaluation de la complexité des situations de patients différentes par les PAI et les experts (appelés dorénavant « participants ») et, d'autre part, l'analyse thématique des entretiens par focus group.

7.11.4 Résultats de la validation écologique

7.11.4.1 Fiabilité intercodeur des pai et experts

Afin de calculer la cohérence interne des codeurs, nous avons utilisé la procédure kappa multi-codeur (mkappasc procedure (Nichols, 1997), d'après Sieggreen).

Dans les domaines de soins gériatriques et chirurgicaux, nous avons trouvé une valeur kappa multi-codeurs, respectivement de 0.12 et 0.09, pour l'échelle UG-UCL.

Pour le score total de l'échelle de Galama, la recherche a mis en évidence une valeur kappa multi-codeurs plus basse dans les domaines de soins gériatriques et chirurgicaux (les deux $k=0.03$). Ces valeurs ne sont pas significatives.

Les valeurs kappa multi-codeurs pour les experts et PAI gériatriques et chirurgicaux suivent la même tendance (voir tableaux 1 en 2).

Tableau 4.33 Valeur kappa multi-codeurs pour l'échelle de Galama et de l'UG-UCL en chirurgie

	N	Échelle de Galama		Échelle UG-UCL	
		Kappa	P	Kappa	P
Groupe total	6	0.034	0.143	0.124	0.203
Experts	3	0.070	0.206	0.223	0.294
PAI	3	0.025	0.649	0.161	0.212

Tableau 4.34 valeur kappa multi-codeurs pour l'échelle de Galama et de l'UG-UCL en gériatrie

	N	Échelle de Galama		Echelle de l'UG-UCL	
		Kappa	P	Kappa	P
Groupe total	6	0.029	0.204	0.088	0.189
Experts	3	0.010	0.851	0.118	0.354
PAI	3	0.037	0.504	0.183	0.240

7.11.4.2 Interviews par focus group

Après le commentaire quant au déroulement de l'entretien par focus group, les éléments influençant la complexité des soins ont été répertoriés.

DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN PAR FOCUS GROUP

Lors des deux entretiens par focus group, il y avait six participants du groupe chirurgie, tandis que, pour le groupe gériatrie, il n'y en avait que cinq.

Les entretiens ont duré deux heures chacun. Tous les participants sont intervenus : PAI et experts sont intervenus dans une même proportion et soutenaient leurs points de vue. Tous les participants étaient d'accord avec les synthèses réalisées pendant les entrevues. Les éléments influençant la complexité du soin étaient les mêmes en chirurgie et en gériatrie.

ENTRETIEN PAR FOCUS GROUP: LA COMPLEXITE DU SOIN

Lors des entretiens par focus group, les PAI et les experts ont été interrogés quant aux éléments qui rendent le soin complexe. Les thèmes abordés au cours des entrevues par focus group sont classés en trois catégories : ceux liés au patient, ceux liés à l'équipe et à l'environnement et ceux liés à la personne.

CATEGORIE LIEE AU PATIENT

Selon les participants, la complexité des soins en chirurgie et en gériatrie est déterminée en grande partie par les éléments suivants liés au patient :

Pour la chirurgie et la gériatrie:

7. l'impossibilité de prédire l'évolution ou le soin du patient;
8. l'urgence et la menace vitale de la situation de soin
9. l'organisation du soin à différents niveaux
 - diagnostic infirmier
 - soins d'hygiène
 - soins infirmiers complexes, au cours desquels une séquence de soins complexes doit être réalisée
 - soins psychosociaux
 - soins à la famille
 - donner des informations
10. manque de perspectives

Spécifique à la gériatrie:
11. difficultés communicationnelles.

Ces éléments seront discutés plus loin plus en détail.

Impossibilité de prédire l'évolution ou le soin du patient

Le soin est perçu comme plus complexe lorsqu'il est impossible de prédire l'évolution du patient ou du soin. L'évolution du patient devient impossible à prédire lorsqu'il survient une perturbation de l'évolution attendue, à la suite d'une intervention chirurgicale, d'un traitement du patient, d'un changement de comportement à la suite de la pathologie ou à cause de l'étiologie inconnue d'une pathologie, ce qui est souvent le cas lors des admissions en urgence. Les participants donnaient l'exemple d'un patient présentant un changement du caractère à la suite d'une tumeur cérébrale, rendant la relation avec le patient difficile.

De même, le moment où survient la demande de soin, peut être imprévisible. La réponse à une telle demande de soins n'est pas évident et le soin est alors également perçu comme étant plus complexe. Un participant mentionne le comportement d'un patient dément qui crie, ce qui peut être très déroutant pour les autres patients, ainsi que pour les soignants.

Les solutions ne sont pas toujours à portée de main. Le comportement peut être traité de manière médicamenteuse, mais ceci aura une répercussion (non désirée) sur l'activité physique du patient.

Le soin devient également imprévisible en présence de pathologies multiples, lorsque le traitement d'une maladie interfère avec une autre, ou en présence de dangers aigus, lorsque des actes posés de manière routinière impliquent un danger. Un exemple de ce problème se présente chez des patients chez qui on craint une pneumonie d'inhalation au cours du repas.

Le caractère imprévisible de l'évolution et du soin a plusieurs conséquences, selon les participants. La planification des soins à long terme est souvent impossible. La planification des soins doit être ajustée en permanence à l'aide d'observations continues et rigoureuses de l'état du patient et de l'évaluation du soin. Le soin doit être vigilant et créatif; la prise en charge multidisciplinaire est indispensable.

Urgence et menace vitale de la situation de soins

Une situation de soin nécessitant une intervention urgente de la part des PAI et qui, de surcroît, comporte une menace vitale pour le patient, est considérée comme une situation complexe par les participants.

Lorsque survient une situation aigue imprévisible, quand le problème est encore mal défini, il faut parfois réagir rapidement et il n'est pas toujours possible de se concerter entre collègues ou avec le patient.

Cette situation est responsable de stress chez les PAI et provoque un sentiment d'insécurité chez le patient. Il faut établir des priorités et la planification des soins à court et à moyen terme doit être modifiée. La situation nécessite à la fois une observation du patient rapide et minutieuse et une bonne communication avec le médecin.

L'interprétation correcte des observations et la réalisation d'interventions adéquates sont d'une importance cruciale. Il faut également dégager du temps pour accompagner les familles et avoir des entretiens pour annoncer les mauvaises nouvelles.

Organisation du soin à différents niveaux

Selon les participants, la complexité des soins croît dans la mesure où l'organisation des soins holistiques et le départ du patient sont difficiles. Les soins holistiques requièrent l'intégration des aspects physiques, psychiques, sociaux et familiaux, aux soins, ce qui demande une organisation sans faille. Ceci est encore rendu plus difficile par le caractère imprévisible d'une situation. Ce sont surtout les problèmes psychosociaux et familiaux qui sont difficiles à prédire. La présence des aspects éthiques du soin demandent, de plus, une évaluation constante de ses faits et gestes et demandent que les familles soient plus impliquées. Un des participants citait comme exemple un patient fugeur dans une unité de soins ouverte, dans laquelle le PAI se posait la question de la contention de ce patient, qui devait prendre en charge plusieurs patients.

Les changements dans l'état d'un patient ayant des conséquences sur ses possibilités de départ rendent plus difficile l'organisation de ce départ.

Pour les participants, c'est pour ces raisons qu'il faut pouvoir offrir une flexibilité de l'offre en soins. Les soins standardisés doivent prendre en compte les besoins en soins du patient ; des solutions créatives doivent être mises en œuvre en cas de barrières organisationnelles. Le plan de soin doit être adapté sur base d'une évaluation continue du soin. Lorsque plusieurs soignants sont impliqués, il est nécessaire de prendre des dispositions claires et d'organiser le soin en tenant compte des ressources et contraintes de chacun.

Il faut dégager du temps et de l'espace pour explorer comment le patient et la famille vivent le retour à domicile. La gestion du départ doit se faire en tenant compte des possibilités physiques, psychiques et financières du patient et de son entourage. Le patient et sa famille doivent être préparés à une admission éventuelle dans une maison de repos et de soins.

Manque de perspectives

La dispensation de soins à un patient dont la perspective future est négative ou incertaine est vécue comme complexe par les participants. Un manque de perspective apparaît dans le cas où la situation semble sans issue chez le patient, chez qui on ne constate pas d'amélioration, malgré les soins dispensés. Ceci peut être la cause de frustrations chez les PAI. La perspective d'une issue négative possible de l'état critique d'un (jeune) patient est difficile à vivre tant pour la famille que pour les PAI.

Les discussions quant au pronostic et la fin de vie doivent être menées en concertation avec le patient et la famille. Dans le même ordre d'idées, une concertation préalable quant à la poursuite du traitement est indispensable.

La participation à de telles discussions est perçue comme complexe par les participants.

Difficultés communicationnelles

Les participants estiment qu'une situation de soins devient d'autant plus complexe que la communication avec le patient est entravée par des limites physiques ou psychiques, ou lorsqu'il existe des visions divergentes dans le chef du patient, du soignant et/ou de la famille.

Il se peut que les difficultés communicationnelles du patient soient à l'origine de la non-compréhension des messages. Une certaine créativité est nécessaire dans la relation avec un patient présentant des troubles communicationnels, ce qui rend le soin plus complexe.

Des difficultés communicationnelles peuvent également survenir entre le patient et sa famille, rendant le soin plus complexe. Le PAI doit parfois se poser comme l'avocat du patient lorsqu'il existe un conflit quant au traitement du patient dans une situation sans issue. Ceci est vécu comme une tâche difficile et complexe.

De même, des visions incompatibles entre le patient et le soignant sur la notion de 'bon' soin peuvent être à l'origine d'une situation conflictuelle, rendant la dispensation du soin difficile.

Consensus sur l'importance des facteurs

Il a été demandé à tous les participants des focus group de chirurgie et de gériatrie d'énumérer les trois éléments les plus importants, issus des entrevues, qui déterminent la complexité du soin.

Les trois éléments cités sont très fortement en rapport les uns avec les autres, selon les participants; selon la situation, la complexité d'un élément prévaudra sur un autre.

Il y avait un accord quant aux éléments suivants: « l'imprévisibilité de l'évolution ou du soin du patient » et « l'organisation du soin à différents niveaux ». Le troisième élément était différent dans les deux groupes. Le focus group chirurgie citait « l'urgence et la menace vitale de la situation de soins », alors que le focus group gériatrie citait « les difficultés communicationnelles ».

CATEGORIE CONCERNANT L'EQUIPE ET L'ENVIRONNEMENT

A côté d'éléments liés aux patients rendant la dispensation des soins difficile, la complexité perçue peut augmenter, selon les participants, à cause d'un certain nombre d'éléments liés à l'équipe et à l'environnement.

Catégorie liés à l'équipe

Les participants estiment qu'une mauvaise collaboration entre les membres de l'équipe, le manque de concertation, le manque de personnel et le manque de temps sont des éléments qui augmentent la complexité du soin.

Une *mauvaise collaboration interdisciplinaire* rend la qualité du soin moins accessible. Dans une équipe infirmière ayant un *grand turnover*, les collaborateurs n'ont pas le temps de bien se connaître. Il s'ensuit qu'ils ne savent pas ce qu'ils peuvent attendre les uns des autres. Ceci est aussi le cas dans les équipes faisant appel à des agences intérimaires ou lorsque les soignants sont moins qualifiés. Dans ces cas, les PAI ne peuvent pas s'appuyer sur les collègues en cas de difficulté.

Cette mauvaise collaboration interdisciplinaire se marque aussi par un *manque de concertation et de rapports structurés*, résultant en l'absence d'une vision d'ensemble de tous les patients. Il arrive que les PAI doivent corriger la prise en charge inadéquate de la part d'une collègue, tout en ne bénéficiant pas de l'information concernant les soins déjà dispensés. Les participants citaient comme exemple une situation au cours de laquelle un PAI n'avait pas prévenu le neurochirurgien de la baisse de conscience d'un patient. Le collègue de ce PAI a été mise en cause quant à la régression de l'état de ce patient.

La complexité perçue du soin augmente dans le cas d'une *répartition confuse des responsabilités entre les différents dispensateurs de soins*. Ceci est le cas des PAI qui expriment des sentiments d'impuissance et de frustration lorsqu'ils ne sont pas en mesure de faire en sorte que le médecin traitant vienne voir un patient dans un état grave. Les PAI se sentent responsables de leur patient, veulent donner des bons soins, mais restent dépendants du médecin. La justification face à la famille devient très difficile dans ces cas.

Le *manque de personnel et de temps* contribuent à ce que le temps dévolu au patient, afin de mieux évaluer sa situation, est très limité.

Catégorie liée à l'environnement

La complexité du soin est également déterminée, selon les participants, par la lourdeur des soins dans l'unité, les moyens disponibles et les exigences des familles.

La présence dans l'unité de *plusieurs patients 'complexes'*, ayant des besoins propres, ainsi que la grande *diversité des pathologies*, dans un même service, où les PAI ne sont pas familiarisées avec certaines pathologies, fait croître la complexité perçue des situations de soins. Le *turnover important des patients* est également responsable de l'augmentation de la complexité perçue, par le fait qu'il est difficile d'établir une relation de confiance dans ce cas.

Le *manque de moyens* mis à disposition peut être responsable du fait que le soin ne peut pas être réalisé de manière optimale; des solutions créatives doivent être trouvées. Les participants citent l'absence de *soulève-personnes*, de lits à hauteur variable et les contraintes architecturales.

Les *membres de la famille* peuvent rendre la situation plus difficile par l'attention qu'ils requièrent ou les exigences qu'ils posent en ce qui concerne les soins au patient.

CATEGORIE LIEE A LA PERSONNE

Malgré la présence d'éléments liés aux patients, à l'équipe et à l'environnement qui rendent les soins auprès des patients plus complexe, les participants estiment que le niveau de complexité perçue dépend aussi d'un nombre d'éléments liés à la personne.

Le *manque de familiarisation* avec une pathologie et le processus de soin y afférent jouent un rôle dans ce processus. Les participants citaient le cas des PAI du service d'orthopédie qui percevaient une situation simple d'un patient en neurochirurgie comme complexe, à cause de leur manque de familiarisation avec ce groupe de patients, ce qui faisait qu'ils ne pouvaient pas évaluer l'évolution normale de la situation.

Cette familiarisation s'acquiert par la formation à propos des traitements et attitudes relationnelles lors des problématiques psychiques qui se rencontrent un service donné. En plus de la formation, l'expérience qu'a un PAI d'un certain groupe de patients joue un rôle important. Au plus le PAI a de l'expérience, au moins elle percevra une situation de patient comme étant complexe. Une expérience étendue permet que des situations imprévues soient gérées plus facilement et plus rapidement.

Le *manque de compétence en ce qui concerne la définition des priorités*, l'organisation et la délégation du soin, peut influencer le niveau de compétence perçue. Dans ce domaine également, l'expérience joue un rôle important.

L'attitude du PAI, le manque de confiance en soi et les capacités individuelles du PAI détermineront en grande partie sa perception de la complexité du soin.

Un PAI qui ne prend pas le temps pour évaluer la situation du patient ou un PAI ayant peu confiance en ses capacités jugera plus rapidement une situation complexe ou menaçante.

Un PAI ayant confiance en lui, aimant relever les défis et qui se sent responsable de son patient, fera l'effort d'avoir une image claire de l'état du patient, ce qui fait que la situation sera perçue comme moins complexe. Cette confiance en soi est influencée par le niveau *d'estime et de reconnaissance* par les autres dispensateurs de soin. Le PAI qui sent que ses compétences sont appréciées, tendra plus facilement à prendre des décisions et à prendre l'avis des médecins. Grâce à cela, les résultats seront plus rapidement perceptibles, ce qui fait que la situation sera jugée moins complexe par ce PAI.

La capacité individuelle du PAI est influencée par ses capacités physiques, psychiques, ainsi que par sa propre expérience. La fatigue résultant des horaires changeants ou des problèmes sociaux personnels font en sorte que le PAI supporte moins les situations de soins et que ces situations seront plus facilement jugées comme étant complexes. L'expérience personnelle peut être responsable d'une approche très différente de certaines problématiques.

Un des participants croyait qu'il est difficile, pour un PAI, de prendre en charge un patient souffrant de démence s'il a lui-même un parent qui devient dément..

7.11.5 Discussion de la Validation écologique

Les éléments qui déterminent la complexité de la dispensation des soins sont similaires dans les domaines chirurgicaux et gériatriques. En gériatrie, ce sont les « difficultés communicationnelles » qui favoriseraient complexité perçue. Ces « difficultés communicationnelles » ne sont citées que par le groupe de gériatrie. Ceci est sans doute lié aux caractéristiques des patients présents dans ces services.

On observe des petites nuances entre les domaines de soins. « L'imprévisibilité de la situation de soins » est citée par les participants des deux groupes comme élément déterminant la complexité de la dispensation du soin. En chirurgie, il s'agit surtout de l'imprévisibilité de l'évolution de l'état du patient, alors qu'en gériatrie, les PAI parlent davantage de l'imprévisibilité de la dispensation des soins.

La complexité du « manque de perspectives » est liée, selon les participants du groupe chirurgical, à l'âge du patient se trouvant dans une situation critique. L'issue négative de la situation critique d'un patient âgé est plus facilement acceptée que celle d'un patient plus jeune. Les participants du focus group gériatrie estiment que la complexité est davantage déterminée par les dilemmes éthiques, survenant au sujet de la poursuite du traitement, lorsque la situation est sans issue.

Les PAI et les experts appartenant au même domaine de soins décrivent la complexité des éléments de la même manière. Ceci rejoint les résultats du projet pilote, à savoir que les PAI et les experts n'attribuent pas autrement les situations de patients à des soignants de niveaux de compétences différents. Ces constatations viennent étayer le choix fait d'utiliser des experts pour évaluer la complexité des situations des patients au cours de la recherche principale.

La complexité du soin n'est pas seulement influencée par des éléments liés aux patients, mais aussi par la présence d'éléments liés à l'équipe et à l'environnement. La charge en soins dans le service et le manque de soutien de la part de collègues PAI et de médecins constituent les éléments les plus importants. Le fait de pouvoir s'appuyer sur l'expertise intra ou multidisciplinaire est important pour pouvoir maîtriser la complexité.

Le degré de complexité est évalué différemment par différentes personnes. Ceci vaut aussi bien pour les PAI que pour les experts. Ce qui est perçu comme complexe par un PAI, peut être jugé moins complexe par un autre PAI. L'expérience et la formation interviennent dans familiarisation avec une pathologie ou un soin déterminé et des compétences supplémentaires peuvent être acquises. L'expérience permet également de mieux pouvoir gérer l'imprévisibilité survenant dans les situations de soin.

Malgré la connaissance et l'expérience, la complexité perçue dépendra aussi des capacités individuelles et de l'attitude du PAI. Cette donnée éclaire la faible fiabilité inter-codeur, en ce qui concerne l'échelle de Galama et celle de l'UG-UCL, lors de l'évaluation de la complexité des situations de patients au cours de la validation écologique et du projet pilote. La fiabilité inter-codeurs est plus basse pour l'échelle de Galama que pour celle de l'UG-UCL. Ceci correspond aux résultats du projet pilote.

7.11.6 Conclusion de la validation écologique

Nous avons demandé aux participants des focus group gériatrie et chirurgie de citer les trois éléments les plus importants qui, selon eux, rendent les soins aux patients complexes. Les intervenants trouvaient que la complexité du soin était principalement déterminée par l'imprévisibilité de l'évolution ou du soin au patient, l'urgence et la menace vitale de la situation de soins, l'organisation du soin à différents niveaux et les difficultés communicationnelles.

Il n'existait pas de consensus quant à l'élément qui avait le plus de poids dans la détermination de la complexité du soin. De même, le degré de complexité de ces éléments ne pouvait pas s'appliquer à d'autres situations de soins.

La complexité du soin dépendait également de la présence d'un nombre de facteurs liés à l'équipe et à l'environnement : une mauvaise collaboration intra et multidisciplinaire et une mauvaise communication de l'information, le manque de personnel et de temps, la

lourdeur du soin dans le service, le manque de moyens et les exigences des membres de la famille.

La fiabilité inter-codeurs des deux échelles était très basse. Les intervenants soulignaient que les PAI ne percevaient pas les situations de la même manière en ce qui concerne la complexité. Les facteurs qui jouent un rôle dans ce domaine sont : la familiarisation avec la pathologie et le processus de soins, les compétences, l'attitude, la confiance et soi et les capacités individuelles des PAI.

7.12 REFERENCES:

Nichols D. MKappasc SPS/MKappasc txt (SPSS Macro/SPSS read me). 1997; SPPS Inc., Chicago, IL.

7.12.1 Annexe de la validation écologique : Protocol focusgroepgesprek

7.12.1.1 Doelstelling

Met de ecologische validatie wordt nagegaan of experts, die niet betrokken zijn in de directe zorg van de te beoordelen patiënten, de complexiteit van de zorgverlening anders beoordelen dan de verpleegkundigen die de patiënten verzorgd hebben.

Via de focusgroepen wordt gepeild naar de argumentatie van experts en verpleegkundigen bij het beoordelen van de complexiteit van zorg.

7.12.1.2 Timing en interactie

De focusgroepen in het geheel van het project

In het hoofdonderzoek werd de complexiteit van patiëntsituaties beoordeeld door experts die de situaties niet zelf beschreven hebben.

Met de ecologische validatie wordt nagegaan in welke mate de onderzoeksresultaten overeenkomen met de alledaagse praktijk of m.a.w. is het nodig om de patiënten te kennen en verzorgd te hebben om de complexiteit van de situatie te kunnen beoordelen en bijgevolg correct te kunnen toewijzen.

De focusgroep interviews laten toe dieper in te gaan op de beoordeling van complexiteit en de criteria die hierbij van belang zijn, in kaart te brengen.

De focusgroepen op zich

FG1: 21/11/2007 - Verpleegkundigen en experts uit zorgdomein heelkunde.

FG2: 3/12/2007 - Verpleegkundigen en experts uit zorgdomein geriatrie.

Aangezien het doel het in kaart brengen van argumenten is en niet het identificeren van verschillen in argumenten tussen experts en verpleegkundigen, werden de experts en verpleegkundigen per zorgdomein samen in een focusgroep geplaatst.

De deelnemers worden vergoed à rato van 50€/uur. Voor elke focusgroep wordt maximaal twee uur voorzien.

7.12.1.3 Deelnemers

Er worden 2 focusgroep interviews gepland. Een eerste focusgroep bestaat uit verpleegkundigen en experts werkzaam op of met expertise in heelkunde. Een tweede focusgroep bestaat uit verpleegkundigen en experts van geriatrie.

We streven bij elke focusgroep naar 3 verpleegkundigen en 3 experts. Dit aantal biedt de mogelijkheid om een discussie te hebben waar alle meningen aan bod komen en een brede waaier van percepties te bekomen.

De verpleegkundigen zijn dezen die de beoordeelde patiëntsituaties beschreven hebben. De verpleegkundigen worden via de opleiding 'Master in verpleegkunde en vroedkunde' gerecruteerd.

Als expert zijn verpleegkundigen, gekend om hun expertise in het zorgdomein, aangesproken om deel te nemen. De selectiecriteria voor experts zijn: verpleegkundige zijn, klinische expertise hebben en actief zijn in het werkveld, minimum 3 jaar ervaring in

het betreffend zorgdomein, bij voorkeur een bijkomende opleiding genoten hebben. Er wordt gezorgd voor een vertegenwoordiging van verschillende functies. Experts geriatrie: een hoofdverpleegkundige, een verpleegkundige en een lector. Experts heelkunde: een hoofdverpleegkundige, een verpleegkundige en een zorgcoördinator.

Alle deelnemers zijn Vlaamse verpleegkundigen.

7.12.1.4 *Locaties*

FG1: 3K3, 1^{ste} verdiep, vergaderzaal

FG2: 3K3, 1^{de} verdiep, vergaderzaal

Deze locatie werd gekozen omwille van de centrale ligging en goede bereikbaarheid. Alle deelnemers studeren of werken in Gent en kennen de locatie.

Het betreft een vergaderzaal met de mogelijkheid voor een opstelling van tafels en stoelen in een cirkel of vierkant.

Het is rustig op de afdeling wat ook toelaat om audio-opnamen uit te voeren.

7.12.1.5 *Identificatie en taakverdeling*

Elke focusgroep wordt geleid door een moderator. De moderator is een verpleegkundige en projectmedewerker.

De moderator zal tijdens het interview:

- doorvragen ter verdieping (verduidelijkende vragen bij de geformuleerde argumenten);
- doorvragen ter verbreding (Zijn er aanvullingen nodig?);
- zorgen dat niet van het thema wordt afgeweken;
- bewaken dat iedereen aan bod komt;
- timing bewaken.

Door semi-gestructureerde en open vragen te stellen krijgen de deelnemers de kans hun ervaringen en meningen te uiten.

Bij elke focusgroep interview zijn er ook twee observatoren aanwezig.

Eén observator neemt notities en de tweede observator maakt tijdens het gesprek een gestructureerde synthese.

7.12.1.6 *Verloop van elke focusgroep*

Welkom en introductie (15 min)

- welkom + dank voor de aanwezigheid;
- voorstelling + uitleg functie moderator/observator;
- wijzen op anonimiteit;
- samenstelling van de groep verduidelijken;
- het doel van de focusgroep uitleggen: nagaan welke elementen de complexiteit van patiëntsituaties bepalen. Dit laat ons toe de complexiteitscores van de beoordeelde situaties beter te begrijpen. Het is dus belangrijk dat iedereen aan het woord komt en zijn eigen argumenten verduidelijkt, onafhankelijk van het standpunt van de ander;
- Voorstellingsronde: ieder stelt zich voor: naam en functie.

Doel en algemene principes achter de werkwijze

Het is belangrijk in de introductie even stil te staan bij het doel van de focusgroep interviews zodat ze inzien dat het belangrijk is dat ieder van hen zijn eigen argumenten naar voor brengt en zich niet laat beïnvloeden door het standpunt van de ander.

Concrete werkwijze (1,5u)

De deelnemers krijgen de patiëntsituaties doorgestuurd die de verpleegkundigen beschreven hebben. Er wordt hen gevraagd deze situaties opnieuw te lezen ter voorbereiding van het gesprek.

Er zijn vier type situaties: eenvoudige, doorsnee, moeilijke en noodsituaties. De vermelding van het type situatie wordt achterwege gelaten om hun beoordeling van complexiteit niet te beïnvloeden.

Per type situatie worden de cases overlopen en vragen gesteld in volgende volgorde:

1. Wat maakt verpleegkundige zorg hier moeilijk of complex?
2. Kunt u deze situatie qua complexiteit vergelijken met de voorgaande case?
3. Zo ja, wat zijn de gemeenschappelijke elementen?
Zo neen, waarin verschilt het van de vorige case?

Na elke case wordt een synthese gemaakt: Inventariseren en categoriseren en terugkoppelen naar de groep: Is dit een juiste interpretatie? Zijn er nog aanvullingen?

Om te komen tot een globaal oordeel over complexiteit van patiëntsituaties worden volgende vragen gesteld:

1. Jullie hebben elementen opgegeven die de complexiteit van een patiëntsituatie bepalen. Welke zijn daarvan de 3 belangrijkste elementen?
 - Welk element weegt het meeste door?
 - Geldt dit altijd?
2. Wat kan de complexiteit van een situatie doen verhogen.
3. Wat kan de complexiteit van een situatie doen verminderen.
4. Kunnen we stellen dat een situatie voor iedereen even complex is?
 - Voor wie minder, voor wie meer?
 - Afhankelijk van de inbreng van de groep:
Speelt werkervaring mee?
 - Speelt opleiding mee?
 - Speelt zelfvertrouwen mee?
 - Speelt het vertrouwd zijn met aandoening of patiënten mee?

Regelmatig wordt een synthese gemaakt en teruggekoppeld naar de groep.

Afsluiting (10min)

Na afloop van het gesprek wordt de algemene synthese, gemaakt door de observator tijdens het gesprek, geprojecteerd en wordt aan de deelnemers gevraagd of ze het eens zijn met de synthese en structuur, of deze herkenbaar is en overeenstemt met het focusgroepgesprek en of ze nog aanvullingen wensen te maken.

De moderator vraagt de deelnemers of er nog zaken zijn rond complexiteit van zorgverlening die belangrijk zijn en die niet besproken werden.

Deelnemers worden bedankt voor hun inzet en tijd.

7.12.1.7 *Dataverwerking en analyse*

Na afloop van het gesprek wordt samen met de observatoren het verloop van het gesprek en de belangrijkste bevindingen besproken. De dag na het gesprek wordt de opname stuk voor stuk beluisterd en worden belangrijke aspecten van complexiteit gedistilleerd. Aan de hand van het gesprek en de notities van de observatoren wordt de gemaakte synthese tijdens het gesprek verfijnd en aangevuld.

Het onderzoeksverslag wordt nagelezen en becommentarieerd door de observatoren en de deelnemers van de focusgroep.

Chapitre 5: Résultats

8 ANNEXE I : ANALYSE EN CLUSTER : COMPETENCES RELATIVES AUX COMPORTEMENTS ET ATTITUDES PROFESSIONNELS

Tableau 5.1 Compétences relatives aux comportements et attitudes professionnels et spécifiques à un service (moyenne)

Libellé de la compétence	Complexité	
	globale	Σ dimensions
Bloc opératoire		
Informier et éduquer le patient concernant la pompe péridurale	3,25	7,75
Travailler en équipe interdisciplinaire spécifique à la salle d'opération	3,00	6,28
Soutenir le patient en tenant compte des particularités du bloc opératoire	2,94	6,50
Informier la famille du patient d'une façon claire et adaptée	2,92	6,54
Accorder de l'attention au patient lors des situations critiques et l'informer	2,88	6,13
Informier le patient des spécificités liées à la chirurgie et à l'anesthésie	2,83	6,07
Défendre et agir dans l'intérêt du patient et signaler les incidents	2,76	5,53
Accueillir et soutenir le patient	2,61	6,52
Informier adéquatement le service dans lequel le patient va être transféré	2,40	4,95
Communiquer avec le patient en tenant compte de ses spécificités	2,22	6,00
Expliquer au patient les actes techniques et le rassurer	2,13	5,38
Chirurgie		
Informier et éduquer le patient à la gestion du diabète	3,50	7,25
Prévoir des réunions multidisciplinaires	3,50	6,75
Communication avec la famille	3,20	6,20
Bâtir une relation de confiance avec la famille du patient	3,17	6,17
Apprentissage et transmission de nouvelles techniques auprès du patient	3,00	6,67
Informier et éduquer la famille du patient	3,00	6,94
Informier et éduquer le patient au port d'une ceinture abdominale	3,00	6,25
Informier et éduquer le patient concernant un régime alimentaire adapté	2,80	7,30
Informier et éduquer le patient concernant le port de bas anti-varices	2,75	6,00
Solliciter l'intervention d'un collègue de l'équipe interdisciplinaire	2,74	5,63
Encourager le patient à s'exprimer	2,67	7,00
Offrir un soutien spirituel à la famille	2,67	6,33
Informier et éduquer le patient concernant la prévention des escarres	2,64	5,91
Informier concernant le traitement et les examens fournis lors du départ	2,63	4,50
Éduquer le patient à la mobilisation utilisant des moyens mécaniques	2,38	5,13
Éducation du patient concernant la réalisation des auto soins	2,33	6,33
Informier le patient concernant les complications liées au port d'un plâtre	2,25	4,75
Mettre le patient en contact avec des associations de malades	2,25	5,00
Informier le patient au sujet de l'action médicamenteuse	2,14	4,86
Gériatrie		
Gérer l'accueil du partenaire survivant	3,50	7,00
Communiquer les mauvaises nouvelles adéquatement	3,40	8,00
Informier la famille concernant la démence et la communication adaptée	3,40	7,60
Travailler en collaboration en intra- et interdisciplinarité	3,20	6,80
Informier la famille au sujet de l'état du patient et de son traitement	3,00	6,38
Savoir qui appeler en situation d'urgence	2,80	5,60
Aider le patient à verbaliser ses besoins de confort	2,75	6,00
Éduquer le patient à la marche	2,75	6,50
Éduquer le patient à la prévention des chutes à domicile	2,75	7,00

Expliquer le traitement antidouleur prescrit	2,75	6,50
Gérer l'agressivité du patient	2,75	5,75
Informer le patient à propos des médicaments	2,75	6,25
Communiquer les informations relatives au patient à d'autres collaborateurs	2,71	4,95
Stimuler le patient à prendre des décisions	2,71	6,00
Soutenir émotionnellement le patient et sa famille	2,69	5,85
Réaliser une liaison avec les structures de soins extérieures	2,60	5,27
Informer adéquatement le patient et sa famille concernant sa sortie.	2,56	4,78
Concertation avec l'expert diététique	2,50	6,00
Fournir des conseils sur l'alimentation et l'élimination, la mobilisation, ...	2,50	4,25
Recueillir les informations concernant la sortie du patient	2,50	4,50
Expliquer la nécessité du matériel de contention	2,25	6,00
Informer les proches au sujet des précautions en cas d'infection	2,25	5,25
Gestion de l'éducation à la continence	2,00	5,50
Éducation aux AVQ	1,75	4,00
Utiliser des supports pour l'information de la famille et du patient	1,67	3,33
Hémodialyse		
Assister la famille concernant la prise en charge d'un patient dément	3,33	7,25
Éduquer le patient concernant la dialyse à l'étranger	3,20	6,80
Négocier le plan de soins avec le patient	3,17	7,33
Éduquer le patient à la réalisation des soins et interprétation des résultats	3,00	8,00
Informer le patient concernant la CVVH	3,00	5,83
Informer le patient concernant les adaptations de style de vie	2,83	7,17
Informer le patient concernant les avantages liés à l'auto dialyse	2,83	6,83
Soutenir le patient et ses proches suite à l'annonce de maladie incurable	2,83	6,17
Informer le patient concernant son régime et la restriction hydrique	2,76	7,02
Informer et éduquer le patient concernant les traitements	2,75	7,13
Connaître le réseau social du patient	2,72	6,67
Informer concernant les traitements de l'insuffisance rénale terminale	2,67	7,67
Communiquer avec des personnes d'origine étrangère	2,63	5,81
Impliquer la famille dans le traitement du patient	2,60	6,60
Éduquer le patient concernant les soins liés à la fistule artério-veineuse	2,53	6,31
Informer et éduquer le patient concernant les modifications de l'élimination	2,50	7,00
Informer les patients concernant leurs droits sociaux	2,50	5,00
Éduquer le patient à respecter la restriction hydrique	2,47	6,59
Prévoir des réunions multidisciplinaires et y participer	2,42	4,73
Utiliser des outils didactiques pour l'éducation du patient	2,42	6,83
Participer à la prise de décision en accord multidisciplinaire	2,40	5,05
Éduquer le patient aux règles d'hygiène	2,35	6,57
Bâtir une relation de confiance avec un patient chronique	2,33	5,83
Conseiller le patient pour la mobilisation	2,32	5,32
Expliquer au patient le lien entre restriction hydrique et quantité d'urine	2,25	6,08
Planifier et organiser des soins extra-muros	2,24	4,71
Transmettre les données pertinentes à l'équipe multidisciplinaire	2,20	5,20
Informer le patient concernant la collecte d'urine de 24h	2,00	5,17
Recommander les associations de patients	1,87	3,87
Gérer les contacts avec la maison de repos	1,75	3,75
Soins intensifs		
Communiquer avec le patient inconscient	3,80	7,60
Gérer une concertation multidisciplinaire	3,30	6,70
Communication d'un décès aux membres de la famille	3,20	7,20
Informer la famille sur l'état critique du patient	3,15	7,05
Concertation concernant le placement du patient	3,00	6,50
Organiser le travail en équipe et déléguer	3,00	7,75

Écouter la famille et l'informer de l'évolution de l'état clinique	2,88	6,35
Informier le patient et les proches concernant la contention	2,80	5,80
Expliquer les gestes techniques pour éviter l'anxiété	2,71	6,07
Soutenir la famille dans leur démarche spirituelle	2,70	5,80
Informier la famille concernant la procédure lors d'un décès d'un proche	2,60	6,00
Informier le patient et sa famille de la suite de l'hospitalisation	2,60	5,20
Recommander des personnes ressources pour un soutien à la famille	2,53	5,58
Communiquer, déléguer et s'entraider.	2,50	5,10
Communiquer avec le patient ventilé conscient	2,40	6,40
Expliquer au patient l'importance d'une bonne position	2,40	5,80
Impliquer le patient lors de la préparation des médicaments	2,40	6,40
Transmettre les informations correctes entre unités lors d'un transfert	2,40	5,20
Éduquer la maman lors de la mise au sein	2,25	5,75
Impliquer d'autres soignants pour occuper le patient	2,20	4,60
Informier le patient au sujet de la prévention des crevasses	2,20	3,40
Informier le patient au sujet des traitements prescrits	2,20	4,20
Soutenir le patient anxieux lors du départ du service	2,20	6,00
Expliquer le régime de manière compréhensible	2,00	5,60
Urgence		
Communiquer adéquatement par téléphone à la famille	3,00	6,60
Communiquer avec la famille concernant le code de non réanimation	3,00	6,50
Communiquer avec un patient sourd	3,00	7,50
Récolter les informations nécessaires en situation de stress	3,00	6,33
Informier la famille du patient	2,67	5,89
Évaluer l'information reçue par la famille	2,63	6,13
Informier le patient et son entourage par rapport à un isolement	2,50	5,25
Encourager l'autonomie du patient et de la prise en charge de sa maladie	2,00	5,43
Prendre contact avec d'autres institutions de soins pour le suivi du patient	2,00	5,50
Solliciter des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire	2,00	5,00
Éduquer à la prévention des complications liées au port d'un plâtre	1,80	3,80
Éduquer concernant l'utilisation de béquilles	1,80	3,40
Réaliser une fiche de liaison	1,73	3,91
Réaliser un rapport lors du transfert du patient	1,67	2,33

9 ANALYSE EN CLUSTER : COMPETENCES PAR CLUSTER ET PAR SERVICE

9.1 CLUSTERS DU SERVICE DE CHIRURGIE

Id_comp	code de la compétence
N	Nombre d'évaluation pour la compétence
grp_act	group d'activité
Libellé de la compétence	libellé résumé de la compétence
Complexité globale Mean	Moyenne de la complexité Globale
Complexité globale SD	Déviati on standard de la Complexité Globale
Complexité des 3 dimensions Mean	Moyenne de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Complexité des 3 dimensions SD	Déviati on standard de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Dimension cognitive Mean	Moyenne de la dimension cognitive de la complexité
Dimension cognitive SD	Déviati on standard de la dimension cognitive de la complexité
Dimension psycho-motrice Mean	Moyenne de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-motrice SD	Déviati on standard de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-affective Mean	Moyenne de la dimension psycho-affective de la complexité
Dimension psycho-affective SD	Déviati on standard de la dimension psycho-affective de la complexité
Group d'activité	<p>L : activités logistique et administratives</p> <p>S : exécution de soins simples et ou standardisable</p> <p>E : exécution de soins nécessitant un jugement clinique (observations; évaluation et prévention)</p> <p>C : communication (autant interprofessionnelle que vis à vis du patient et de la famille), information et éducation du patient et de la famille</p> <p>X : activités nécessitant des compétences d'expertise et de jugement clinique - réflexion - soins spécialisés</p> <p>T : attitudes et comportement professionnel (ergonomique, déontologique, hygiénique, ...)</p>

Tableau 5.2 Premier cluster en chirurgie : compétences non complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
CL6	4	T	Se présenter	1,50	0,58	3,25	2,06	1,67	1,50	1,25
CA11	5	S	Gestion des bas anti-varices	1,60	0,55	3,60	0,89	1,20	1,20	1,20
CB6	5	S	Positionner le bras du patient dans le dujarrier ou l'écharpe	1,60	0,89	4,40	2,07	1,60	1,40	1,40
CS3	69	L	Vérifier le chariot de soins	1,62	0,65	2,88	1,33	1,28	1,27	1,30
CM14	14	T	Respecter l'intimité du patient	1,64	0,63	3,93	1,44	1,15	1,36	1,79
CM8	61	T	Garantir le secret professionnel	1,70	0,69	3,58	1,67	1,33	1,41	1,70
CP6	65	L	Commander du matériel	1,74	0,54	3,03	1,54	1,29	1,29	1,26
CQ4	4	E	Collecter les renseignements en vue du retour à domicile du patient	1,75	0,50	4,25	0,96	1,50	1,33	1,75
CT1	8	L	Faire un lit ou changer les draps de lit	1,75	0,46	3,13	1,55	1,25	1,25	1,25
CP5	69	L	Commander les médicaments	1,75	0,58	3,26	1,62	1,36	1,35	1,32
CH9	5	S	Réalisation d'une culture de plaie	1,80	1,10	3,60	1,95	1,40	1,20	1,67
CP4	39	L	Classer les résultats des examens effectués	1,86	0,63	3,08	1,32	1,35	1,34	1,31
CS2	49	L	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	1,89	0,67	3,11	1,69	1,37	1,40	1,31
CS1	61	L	Gérer le transport du patient	1,90	0,74	3,97	1,61	1,57	1,42	1,42
CP7	45	L	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	1,97	0,63	3,18	1,47	1,38	1,36	1,47
CP3	41	L	Préparer les demandes d'examens médicaux	1,98	0,73	3,58	1,53	1,58	1,50	1,39
CF13	4	S	Consulter adéquatement le dossier médical du patient	2,00	0,00	3,25	1,89	1,25	1,25	1,50
CH11	8	S	Choisir les produits antiseptiques appropriés	2,00	0,58	3,71	1,38	1,43	1,29	1,40
CA9	3	T	Respecter les problèmes de surpoids	2,00	0,00	3,67	1,15	1,33	1,00	1,33

Tableau 5.3 Deuxième cluster en chirurgie : compétences peu complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
CD5	18	L	Fournir une aide logistique à la prise du repas	1,67	0,84	4,61	1,97	1,50	1,53	1,67
CB3	5	S	Positionner confortablement le patient en considérant son appareillage	1,80	0,84	5,20	2,17	1,80	1,80	1,60
CA5	54	S	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	1,89	0,70	4,74	1,72	1,47	1,58	1,72
CG29	10	S	Préparer le patient en vue d'une intervention chirurgicale	1,89	0,60	5,00	1,41	1,44	1,67	1,89
CE4	28	S	Proposer au patient un moyen d'élimination adéquat	1,93	0,66	4,50	1,48	1,50	1,50	1,56

CII	52	S	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	1,94	0,69	4,06	1,72	1,65	1,46	1,45
CK4	61	S	Inspecter les téguments	1,95	0,69	3,98	1,50	1,66	1,40	1,29
CM3	69	T	Être à l'écoute	1,99	0,79	5,00	2,01	1,67	1,83	2,03
CI8	3	E	Réaliser des soins liés à une chambre implantable (port à cath)	2,00	1,00	4,67	1,53	1,67	1,67	1,33
CB8	3	S	Connaître les particularités de l'alitement pour le patient	2,00	0,00	4,00	1,73	1,33	1,33	1,33
CG11	12	S	Effectuer les contrôles de glycémie	2,00	0,85	3,92	1,56	1,50	1,50	1,38
CF10	14	S	Évaluer le transit intestinal	2,00	0,78	4,71	1,73	1,79	1,64	1,29
CQ3	53	L	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	2,00	0,74	3,88	2,02	1,57	1,51	1,64
CK8	7	E	Prévenir les complications liées au port d'un plâtre	2,00	0,58	4,43	0,79	2,00	1,86	1,33
CG18	22	S	Mettre un cathéter périphérique	2,05	0,80	4,05	1,43	1,43	1,29	1,47
CE1	69	S	Gestion d'un schéma mictionnel et fécal normal ou anormal	2,06	0,76	4,35	1,70	1,70	1,47	1,39
CK6	66	T	Respecter les principes d'hygiène hospitalière	2,09	0,60	4,08	1,52	1,70	1,59	1,33
CB1	69	S	Aider le patient à adopter une position confortable	2,10	0,86	5,07	1,67	1,74	1,68	1,68
CC1	53	T	Travailler de manière ergonomique	2,11	0,72	5,00	1,84	1,75	1,81	1,65
CH7	20	S	Effectuer les soins pour les différents types de drains et redons	2,12	0,60	4,24	1,35	1,65	1,47	1,58
CP2	53	L	Planifier les examens médicaux	2,12	0,59	4,10	1,66	1,72	1,55	1,38
CR4	8	T	Connaître ses limites et remettre en question sa pratique professionnelle	2,13	0,99	5,00	2,77	2,14	1,83	2,25
CNI	64	T	Respecter les opinions et les convictions du patient	2,13	0,81	4,59	2,16	1,60	1,72	1,95
CA1	69	S	Effectuer les soins d'hygiène	2,13	0,78	5,06	1,93	1,71	1,67	1,78
CC5	57	C	Stimuler le patient à la mobilisation	2,14	0,77	5,28	1,87	1,74	1,75	1,79
CJ13	8	C	Informé le patient au sujet de l'action médicamenteuse	2,14	0,38	4,86	1,77	1,71	1,57	1,83
CI4	47	S	Évaluer les différents cathéters et apporter les soins requis	2,16	0,80	4,20	1,41	1,76	1,57	1,37
CB2	48	C	Soutenir le patient dans l'organisation appropriée des activités	2,16	0,86	4,66	1,98	1,58	1,64	1,77
CK5	61	S	Reconnaître les signes d'escarre	2,17	0,77	4,03	1,53	1,73	1,54	1,27
CK2	53	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention	2,17	0,81	4,71	1,91	1,77	1,65	1,56
CR2	66	T	Mettre ses connaissances à jour	2,17	0,85	4,80	2,32	1,95	1,96	1,76
CC3	37	S	Gérer le premier lever du patient.	2,19	0,69	5,28	1,61	1,81	1,84	1,63
CH1	60	S	Effectuer correctement les soins de plaies selon la prescription	2,20	0,68	4,85	1,67	1,80	1,72	1,55
CG17	9	S	Effectuer un sondage vésical	2,22	0,67	5,11	2,15	1,88	1,78	1,88
CF8	13	S	Observer et évaluer les urines et les selles du patient	2,23	0,44	4,46	2,03	1,92	1,58	1,40
CK7	61	T	Prévenir les infections, sur base des principes de l'hygiène	2,24	0,68	4,47	1,74	1,85	1,77	1,47
CL8	4	C	Informé le patient concernant les complications liées au port d'un plâtre	2,25	0,50	4,75	1,71	1,50	1,75	1,50
CM16	4	C	Mettre le patient en contact avec des associations de malades	2,25	0,50	5,00	3,16	2,00	2,50	2,25

CF3	7	E	Observer et évaluer un membre plâtré	2,29	0,49	5,14	2,48	2,14	2,00	1,80
CJ1	69	E	Préparer et administrer les médicaments	2,29	0,77	4,59	1,71	1,87	1,74	1,49
CK3	50	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes	2,30	0,78	4,94	1,82	1,98	1,70	1,61
CJ11	3	E	Utiliser une pompe pousse-seringue	2,33	1,15	4,00	2,00	1,67	1,67	2,00
CD2	35	S	Créer un climat agréable pendant les repas	2,33	0,82	4,94	2,06	1,63	1,82	1,91
CE2	13	S	Effectuer les soins liés à une sonde vésicale	2,33	0,89	4,46	1,85	1,67	1,67	1,38
CJ2	69	E	Observer les effets attendus d'un traitement	2,36	0,82	4,52	1,74	1,94	1,78	1,46
CF1	61	S	Collecter les éléments liés à l'anamnèse	2,37	0,82	5,05	1,63	1,84	1,72	1,70
CL7	8	C	Éduquer le patient à la mobilisation avec l'utilisation de moyens mécaniques	2,38	0,52	5,13	1,73	1,75	1,71	1,88
CP1	69	C	Transmettre les données concernant le patient par écrit et oralement	2,38	0,67	4,78	1,63	1,94	1,67	1,58
CK1	72	S	Évaluer le risque d'escarre	2,38	0,85	4,40	1,87	1,79	1,68	1,47
CH4	57	S	Observer et soigner les plaies	2,38	0,80	4,80	1,89	1,91	1,84	1,62
CJ4	26	E	Administrer adéquatement un traitement par différentes voies d'admission	2,38	0,75	4,19	1,63	1,73	1,64	1,21
CG3	50	S	Effectuer une prise de sang veineuse	2,40	0,78	4,88	1,67	1,88	1,72	1,49
CB4	5	S	Installer le patient pour la réalisation de différents soins	2,40	0,55	4,80	1,48	1,60	1,80	1,40
CI2	21	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie centrale	2,44	0,78	4,94	1,75	2,12	1,88	1,60
CG20	4	E	Planifier les soins en fonction des priorités	2,50	0,58	4,75	1,50	2,00	2,00	1,50
CE6	5	S	Effectuer un prélèvement urinaire et fécal	2,50	1,00	4,25	2,22	1,75	1,75	1,00
CG27	3	S	Préparer le patient à un examen et assurer son suivi après l'examen	2,50	0,71	4,50	3,54	1,50	1,50	3,00
CP8	4	L	Utiliser l'outil informatique	2,50	0,58	3,50	1,73	1,50	1,50	1,00
CP9	9	L	Mettre à jour le dossier du patient	2,78	0,67	3,78	1,79	2,22	1,80	1,25

Tableau 5.4 Troisième cluster en chirurgie : compétences complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
CA4	57	C	Stimuler le patient à l'autonomie	2,20	0,80	5,67	2,06	1,85	1,86	2,05
CC6	11	S	Mobiliser le patient en tenant compte de l'appareillage	2,27	0,79	5,55	1,81	1,91	1,91	1,73
CA2	45	S	Effectuer les soins sans confronter le patient à sa dépendance	2,30	0,82	5,43	2,06	1,82	1,75	1,91
CG9	35	S	Prendre des mesures afin d'améliorer le rythme de sommeil	2,32	0,77	5,35	1,79	1,74	1,75	2,03
CD7	3	E	Administrer l'alimentation parentérale selon le protocole	2,33	0,58	5,67	2,52	2,00	2,00	1,67
CL18	3	C	Éducation du patient concernant la réalisation des auto soins	2,33	0,58	6,33	2,52	2,00	2,00	2,33
CD1	57	E	Observer les besoins et les apports alimentaires et hydriques	2,33	0,87	5,53	2,18	1,89	1,71	2,00

CC2	51	S	Mobiliser le patient d'une façon confortable	2,35	0,66	5,33	1,53	1,82	1,92	1,66
CD3	13	S	Installer correctement le patient pour les repas	2,38	0,65	5,62	1,98	1,69	1,92	2,00
CF2	69	S	Observer les paramètres vitaux et physiques	2,42	0,88	5,10	1,82	2,04	1,79	1,58
CF4	40	S	Évaluer la douleur du patient	2,45	0,93	5,60	1,91	2,00	1,85	1,85
CM9	60	C	Impliquer les proches du patient	2,46	0,80	6,04	2,10	2,00	2,14	2,23
CR1	61	T	Participer aux projets pour la qualité des soins	2,46	0,77	5,34	2,41	2,14	2,20	1,80
CM4	65	C	Bâtir une relation de confiance avec le patient	2,46	0,84	5,66	2,01	1,87	1,94	2,23
CL3	65	C	Encourager le patient à demander des explications	2,46	0,78	6,00	1,88	2,03	1,90	2,28
CL5	39	C	Encourager le patient à suivre son traitement	2,46	0,79	6,08	1,97	1,95	2,03	2,41
CQ1	65	E	Orienter le patient vers les structures de soins appropriées	2,47	0,86	5,49	2,13	2,02	1,91	1,93
CO5	64	T	Connaître ses propres compétences et limites	2,47	0,71	5,19	2,15	2,00	1,96	1,88
CC4	52	E	Adapter la mobilisation au patient	2,48	0,73	5,79	1,49	1,96	1,98	1,85
CA3	39	C	Aider le patient à supporter sa dépendance	2,50	0,76	5,87	2,08	1,92	1,97	2,18
CJ9	4	E	Juger de l'indication d'un traitement laxatif	2,50	1,00	5,25	2,06	2,00	1,25	2,00
CO2	55	C	Organiser et coordonner les soins en équipe intra- et interdisciplinaire	2,50	0,83	6,00	2,22	2,12	2,04	2,00
CE7	6	S	Utiliser les moyens de protection d'incontinence adaptés	2,50	0,84	5,33	1,51	2,00	1,83	1,80
CH2	54	E	Juger si le traitement prescrit de la plaie est souhaitable	2,51	0,87	4,96	1,79	2,15	1,84	1,51
CO3	56	C	Communiquer le vécu du patient pour adapter les soins	2,52	0,75	5,57	2,13	1,98	2,02	2,14
CG1	66	E	Planifier les soins	2,52	0,86	5,71	1,85	2,08	2,02	1,73
CQ2	59	C	Informar le patient concernant les soins à domicile	2,54	0,73	5,28	2,17	1,86	1,98	1,86
CM5	53	E	Estimer les besoins et nécessités du patient	2,56	0,78	6,00	2,14	2,06	2,07	2,27
CM10	57	C	Communiquer avec le patient et la famille	2,57	0,76	6,20	1,84	2,15	2,13	2,34
CM12	55	C	Soutenir les membres de la famille	2,58	0,75	5,90	1,95	2,02	2,05	2,27
CM6	60	C	Défendre les intérêts du patient	2,58	0,85	5,70	2,26	2,08	2,08	2,13
CM7	52	E	Évaluer la perception du patient de sa maladie	2,59	0,86	5,84	2,06	2,04	1,98	2,26
CI5	29	E	Juger de l'indication d'un traitement intraveineux	2,59	0,80	4,93	2,09	2,26	1,90	1,62
CF5	5	S	Évaluer les nausées du patient	2,60	0,55	4,80	1,48	2,00	1,40	1,40
CB5	5	S	Aider le patient à trouver une position antalgique	2,60	0,89	5,60	2,07	1,80	2,00	1,80
CM11	53	C	Être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic	2,60	0,78	5,94	2,02	2,06	2,10	2,37
CF11	10	E	Observer et évaluer la mobilité et la sensibilité du membre opéré	2,60	1,17	4,60	2,01	1,80	1,60	1,33
CO1	64	C	Travailler en équipe intra- et interdisciplinaire	2,60	0,77	5,86	2,10	2,08	2,00	1,97
CG2	61	E	Planifier les soins en tenant compte de la continuité des soins	2,62	0,87	5,38	1,98	2,02	1,84	1,79
CQ5	8	C	Informar concernant le traitement et les examens fournis lors du départ	2,63	0,52	4,50	1,93	1,88	1,50	1,71

CL15	11	C	Informier et éduquer le patient concernant la prévention des escarres	2,64	0,67	5,91	2,63	2,00	1,91	2,00
CH5	28	S	Utiliser le matériel de pansement adéquat	2,64	0,83	4,75	1,58	2,11	2,07	1,38
CD4	14	E	Adapter le régime alimentaire à l'état médical du patient	2,64	0,93	5,43	1,91	2,00	1,77	1,92
CA10	3	E	Mobiliser un patient opéré du dos	2,67	0,58	5,00	1,73	1,67	1,67	1,67
CI7	3	E	Utiliser et surveiller le fonctionnement d'une pompe anti-douleur	2,67	0,58	5,67	2,08	2,33	2,00	1,33
CJ10	3	E	Utiliser une pompe à baclofen	2,67	0,58	6,33	1,53	2,67	2,33	2,00
CB7	3	S	Adapter les soins au confort du patient	2,67	1,53	6,00	2,00	2,00	2,00	2,00
CA6	3	S	Effectuer les soins d'hygiène à un patient appareillé	2,67	0,58	5,67	2,52	2,00	2,00	1,67
CG23	3	S	Gérer le placement d'une sonde gastrique	2,67	0,58	6,67	2,08	2,33	2,33	2,00
CF17	3	X	Gérer l'épilepsie	2,67	1,15	6,33	1,53	2,67	2,33	2,00
CN2	3	C	Offrir un soutien spirituel à la famille	2,67	1,53	6,33	2,52	2,00	2,00	2,33
CO6	59	X	Gérer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs	2,68	0,81	6,11	2,20	2,17	2,21	2,04
CG8	57	E	Juger de l'opportunité de modifier les soins	2,69	0,79	6,24	1,75	2,15	2,15	1,98
CF6	10	S	Évaluer l'hydratation du patient	2,70	0,67	5,90	1,52	2,40	1,90	1,60
CH3	40	E	Choisir le meilleur traitement pour les plaies	2,71	0,83	5,08	2,14	2,11	2,10	1,73
CM15	8	C	Communiquer avec empathie	2,71	0,49	6,00	2,33	2,29	2,50	2,13
CG4	25	E	Reconnaître les symptômes d'hypo- et hyper-glycémie et réagir	2,72	0,61	5,32	1,60	2,08	1,91	1,61
CO7	19	C	Solliciter l'intervention d'un collègue de l'équipe interdisciplinaire	2,74	0,81	5,63	2,48	2,05	2,07	2,18
CR3	62	T	Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	2,74	0,83	5,51	2,05	2,33	2,13	1,80
CG7	51	E	Effectuer les soins spécifiques qui correspondent aux besoins du patient	2,75	0,69	6,06	1,84	2,20	2,20	1,77
CJ7	16	E	Gérer la douleur du patient et administrer les antalgiques prescrits	2,75	0,58	5,88	1,15	2,44	1,94	1,60
CF16	4	E	Observer et évaluer le patient lors de transfusions	2,75	0,50	6,00	1,15	3,00	1,75	1,67
CJ5	9	E	Programmer les heures d'administration des traitements	2,75	0,71	4,33	1,87	2,11	1,50	1,60
CQ6	5	E	Évaluer les différentes possibilités d'accueil du patient	2,75	0,50	4,50	3,11	1,75	1,75	2,00
CL12	4	C	Informier et éduquer le patient concernant le port de bas anti-varices	2,75	0,96	6,00	1,41	2,50	1,75	1,75
CJ3	69	X	Interpréter les effets inattendus d'un traitement et réagir adéquatement	2,75	0,84	5,32	1,82	2,29	1,98	1,58
CM2	53	E	Évaluer la nécessité de communiquer avec le patient concernant sa maladie	2,76	0,76	6,43	1,96	2,16	2,21	2,53
CK9	9	E	Prévenir les thromboses veineuses profondes	2,78	0,67	5,22	1,92	2,22	1,78	1,57
CM1	53	E	Intégrer les aspects psychosociaux dans les soins infirmiers	2,79	0,75	6,29	1,72	2,13	2,13	2,23
CO4	45	X	Coacher d'autres professionnels	2,80	0,95	6,30	2,13	2,20	2,28	2,07
CG5	12	X	Réaliser un ECG et interpréter les résultats	2,83	0,72	5,08	1,93	2,17	2,10	1,56
CJ6	8	E	Juger si le traitement prescrit est souhaitable vu la condition du patient	2,86	0,69	4,86	1,68	2,29	1,33	1,67
CG25	3	S	Assister le médecin pour la réalisation d'actes médico-techniques	3,00	1,00	5,33	2,31	2,00	2,00	2,00

CG10	5	X	Effectuer les soins prescrits à un cathéter d'anesthésie loco-régional	3,00	1,15	5,25	1,26	2,25	2,25	1,00
CF12	5	E	Évaluer le fonctionnement d'un cathéter d'anesthésie loco-régional	3,00	0,71	5,00	1,87	2,20	2,00	1,00

Tableau 5.5 Quatrième cluster en chirurgie : compétences très complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
CM18	3	C	Encourager le patient à s'exprimer	2,67	0,58	7,00	1,73	2,00	2,33	2,67
CL9	10	C	Informé et éduquer le patient concernant un régime alimentaire adapté	2,80	0,79	7,30	2,11	2,30	2,30	2,70
CL4	37	C	Informé le patient concernant l'éducation à l'autonomie	2,81	0,81	6,35	1,95	2,25	2,16	2,35
CL1	69	C	Informé le patient (et/ou sa famille)	2,84	0,80	6,49	1,82	2,18	2,12	2,31
CC7	9	S	Utiliser des aides mécaniques appropriées pour faciliter la mobilité	2,89	0,78	6,67	1,41	2,22	2,33	2,11
CL2	44	C	Aviser le patient sur les adaptations dans sa manière de vivre	2,95	0,75	6,60	2,03	2,21	2,15	2,44
CF7	3	E	Réaliser un bilan hydrique	3,00	0,00	6,33	2,52	2,33	2,33	2,50
CL19	3	C	Apprentissage et transmission de nouvelles techniques auprès du patient	3,00	1,00	6,67	2,08	2,00	2,33	2,33
CH88	4	X	Effectuer correctement les soins d'un moignon	3,00	0,82	6,75	2,22	2,50	2,75	2,00
CH8	3	X	Effectuer un rinçage continu d'une plaie	3,00	0,00	6,67	1,53	2,67	2,67	1,33
CL16	18	C	Informé et éduquer la famille du patient	3,00	0,61	6,94	1,85	2,41	2,43	2,53
CL13	4	C	Informé et éduquer le patient au port d'une ceinture abdominale	3,00	0,82	6,25	1,50	2,50	1,75	2,00
CG24	3	X	Réalisation de soins de trachéotomie	3,00	0,00	8,00	1,73	2,67	2,67	2,67
CG6	5	X	Réaliser un monitoring cardiaque et en faire la surveillance	3,00	0,00	6,60	1,67	2,40	2,20	2,00
CK10	8	E	Fournir un régime diabétique adapté.	3,13	0,64	6,00	1,41	2,50	1,75	1,75
CM17	7	C	Bâtir une relation de confiance avec la famille du patient	3,17	0,75	6,17	2,40	2,40	2,40	2,17
CG16	5	E	Anticiper les problèmes ou les complications	3,20	0,45	7,20	2,05	2,60	2,60	2,00
CL17	6	C	Communication avec la famille	3,20	0,84	6,20	1,64	2,20	2,50	2,00
CG13	9	T	Gérer son stress	3,22	0,67	6,33	2,12	2,22	2,33	2,29
CF14	4	E	Évaluer les membres inférieurs et les pieds des patients diabétiques	3,25	0,50	6,75	0,96	2,75	2,25	1,75
CG19	8	X	Gérer les complications ou l'urgence y compris la réanimation	3,25	0,46	7,63	1,41	2,63	2,88	2,13
CK11	4	E	Prévenir les complications pour les patients diabétiques ou artéritiques	3,25	0,50	6,50	1,29	2,50	2,25	1,75
CM19	3	X	Gérer des patients confus ayant des problèmes de déglutition	3,33	0,58	7,00	1,73	2,33	2,33	2,33
CL14	4	C	Informé et éduquer le patient à la gestion du diabète	3,50	0,58	7,25	1,26	2,50	2,25	2,50
CO8	4	C	Prévoir des réunions multidisciplinaires	3,50	0,58	6,75	3,30	2,50	3,00	2,67

9.2 CLUSTERS DU SERVICE DE GÉRIATRIE

Id_comp	code de la compétence
N	Nombre d'évaluation pour la compétence
grp_act	group d'activité
Libellé de la compétence	libellé résumé de la compétence
Complexité globale Mean	Moyenne de la complexité Globale
Complexité globale SD	Déviati on standard de la Complexité Globale
Complexité des 3 dimensions Mean	Moyenne de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Complexité des 3 dimensions SD	Déviati on standard de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Dimension cognitive Mean	Moyenne de la dimension cognitive de la complexité
Dimension cognitive SD	Déviati on standard de la dimension cognitive de la complexité
Dimension psycho-motrice Mean	Moyenne de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-motrice SD	Déviati on standard de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-affective Mean	Moyenne de la dimension psycho-affective de la complexité
Dimension psycho-affective SD	Déviati on standard de la dimension psycho-affective de la complexité
Group d'activité	<p>L : activités logistique et administratives</p> <p>S : exécution de soins simples et ou standardisable</p> <p>E : exécution de soins nécessitant un jugement clinique (observations; évaluation et prévention)</p> <p>C : communication (autant interprofessionnelle que vis à vis du patient et de la famille), information et éducation du patient et de la famille</p> <p>X : activités nécessitant des compétences d'expertise et de jugement clinique - réflexion - soins spécialisés</p> <p>T : attitudes et comportement professionnel (ergonomique, déontologique, hygiénique, ...)</p>

Tableau 5.6 Premier cluster en gériatrie : compétences non complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
GBI3	8	L	Maintenir une température ambiante confortable	1,38	0,52	2,57	0,98	1,00	1,00	1,75
GS5	5	T	Connaître et appliquer les procédures logistiques	1,40	0,55	1,80	0,45	1,00	1,00	.
GP4	46	L	Classer les résultats des examens effectués	1,55	0,59	2,51	1,22	1,21	1,05	1,15
GS1	53	L	Gérer le transport du patient	1,57	0,54	2,94	1,36	1,27	1,13	1,31
GK16	10	E	Évaluer le mobilier afin de prévenir les chutes	1,60	0,52	3,60	1,58	1,44	1,30	1,67
GG31	16	S	Évaluer les paramètres anthropométriques du patient	1,63	0,72	2,94	1,88	1,23	1,27	1,71
GDI5	17	L	Fournir une aide logistique lors du repas	1,63	0,81	3,75	2,32	1,54	1,38	1,83
GS3	62	L	Vérifier le chariot de soins	1,63	0,69	2,80	1,49	1,41	1,20	1,21
GM8	66	T	Garantir le secret professionnel	1,64	0,63	3,14	1,71	1,25	1,24	1,40
GDI8	9	S	Satisfaire au mieux les goûts du patient pour favoriser l'alimentation	1,67	0,71	4,00	1,66	1,44	1,38	1,33
GL22	4	C	Utiliser des supports pour l'information de la famille et du patient	1,67	0,58	3,33	0,58	1,33	1,00	1,00
GS2	62	L	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	1,67	0,66	2,78	1,39	1,38	1,16	1,26
GP7	50	L	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	1,67	0,77	3,15	1,97	1,40	1,18	1,55
GAI3	4	C	Éducation aux AVQ	1,75	0,50	4,00	1,41	1,50	1,25	1,25
GE3	4	S	Effectuer un rinçage manuel ou continu de la vessie	1,75	0,96	4,25	3,40	1,50	2,00	1,67
GC3	9	S	Gérer le premier lever du patient.	1,75	0,46	4,38	1,41	1,63	1,38	1,57
GAI6	4	S	Hydrater la peau du patient	1,75	0,50	3,33	1,15	1,00	1,00	2,00
GP6	57	L	Commander du matériel	1,78	0,72	3,07	1,70	1,41	1,20	1,25
GP5	67	L	Commander les médicaments	1,78	0,65	3,02	1,62	1,38	1,16	1,24
GP9	5	L	Gérer l'administration du patient décédé	1,80	0,84	3,80	3,11	1,80	1,50	2,00
GP2	57	L	Planifier les examens médicaux	1,82	0,69	3,33	1,73	1,44	1,19	1,32
GP3	57	L	Préparer les demandes d'examens médicaux	1,87	0,82	3,25	1,84	1,51	1,21	1,32
GQ3	46	L	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	1,93	0,62	3,41	2,05	1,43	1,26	1,62
GG10	7	T	Connaître et appliquer les principes de stérilité	2,00	0,58	3,43	0,79	1,57	1,57	1,00
GE13	8	S	Mettre à disposition le matériel pour la récolte d'échantillons	2,00	0,76	3,88	2,10	1,50	1,25	1,80
GG32	3	S	Réaliser des prélèvements pour analyses bactériologiques (urines, selles, ...)	2,00	1,00	3,00	2,65	1,33	1,50	2,00
GK4	61	S	Inspecter les téguments	2,10	0,74	3,67	1,63	1,55	1,34	1,37

Tableau 5.7 Deuxième cluster en gériatrie : compétences peu complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
GB9	4	S	Évaluer le confort du patient	1,75	0,50	5,00	1,41	1,75	1,75	1,50
GB4	7	T	Adopter une attitude de soignant	1,86	0,38	5,57	1,40	1,57	1,86	2,14
GD7	4	S	Aider à la préparation et aide de soutien lors des repas	2,00	0,82	5,25	1,71	1,25	2,25	1,75
GC11	5	L	Disposer le mobilier de manière fonctionnelle	2,00	0,71	4,25	2,06	1,75	1,25	2,50
GA9	5	S	Effectuer la toilette mortuaire	2,00	0,71	4,40	1,82	1,80	1,60	1,67
GE12	11	L	Fournir le matériel mobilier adéquat pour favoriser les fonctions d'élimination	2,00	0,63	4,27	1,62	1,55	1,45	1,56
GE8	4	C	Gestion de l'éducation à la continence	2,00	0,82	5,50	1,73	1,25	2,25	2,00
GD6	5	S	Respecter le jeûne du patient en situation critique	2,00	0,82	5,00	3,16	2,00	2,00	2,00
GA5	49	S	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	2,04	0,87	4,41	1,80	1,50	1,48	1,73
GD17	10	E	Organiser l'environnement du patient selon son handicap	2,10	0,74	4,40	2,12	1,78	1,30	1,67
GD14	17	S	Installer correctement le patient pour le repas	2,12	0,99	4,71	2,54	1,75	1,59	1,79
GE1	71	S	Gestion d'un schéma mictionnel et fécal normal ou anormal	2,14	0,86	4,46	2,15	1,81	1,54	1,58
GD2	52	S	Créer un climat agréable pendant les repas	2,15	0,87	5,40	1,83	1,81	1,74	1,88
GE11	25	S	Utiliser les moyens de protection adéquats pour l'incontinence	2,17	0,82	4,48	2,19	1,65	1,59	1,76
GG18	17	E	Réaliser les glycémies et adapter le traitement	2,18	0,81	4,41	2,27	1,76	1,47	1,82
GK20	5	S	Gérer la procédure anti-escarre	2,20	0,45	4,00	2,12	1,80	1,40	1,33
GR4	5	T	Perfectionner ses connaissances dans le domaine de la fin de vie	2,20	1,10	5,40	3,51	2,00	2,00	2,33
GK6	61	T	Respecter les principes d'hygiène hospitalière	2,20	0,84	3,92	1,96	1,70	1,49	1,61
GC1	67	T	Travailler de manière ergonomique	2,21	0,75	4,37	1,69	1,66	1,66	1,65
GN3	9	S	Proposer le passage d'un représentant du culte	2,22	0,83	4,33	1,87	1,75	1,29	2,00
GC2	67	S	Mobiliser le patient d'une façon confortable	2,24	0,78	4,94	1,92	1,71	1,75	1,72
GN4	4	L	Connaître les modalités de contact d'un représentant de culte	2,25	1,26	3,50	2,38	1,67	1,33	1,25
GD19	5	S	Fournir un matériel ergonomique adapté au patient	2,25	0,50	5,00	2,16	1,50	1,75	1,75
GI9	8	S	Effectuer les soins prescrits à une hypodermoclyse	2,25	0,89	3,88	2,36	1,63	1,50	1,50
GE6	4	T	Gestion de la manutention	2,25	0,50	5,25	2,22	1,50	2,00	1,75
GL12	4	C	Informar les proches au sujet des précautions en cas d'infection	2,25	0,96	5,25	2,87	1,50	2,00	1,75
GK7	57	T	Prévenir les infections, sur base des principes de l'hygiène	2,25	0,72	4,07	1,80	1,61	1,55	1,66
GA15	4	S	Réaliser des soins buccaux	2,25	0,50	4,25	2,63	1,50	1,50	1,67

GE2	21	S	Effectuer les soins liés à une sonde vésicale	2,29	0,85	4,14	2,26	1,67	1,68	1,54
GI2	7	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie centrale	2,29	0,95	4,43	2,15	1,71	1,86	1,50
GK5	52	S	Reconnaître les signes d'escarre	2,31	0,71	3,86	1,74	1,65	1,50	1,46
GK11	28	S	Réaliser un suivi de l'élimination fécale et urinaire	2,32	0,82	4,11	2,13	1,82	1,52	1,61
GC5	35	C	Stimuler le patient à la mobilisation	2,33	0,82	5,33	1,88	1,81	1,79	1,91
GJ9	17	S	Être capable de s'assurer de la bonne prise des médicaments per os	2,35	1,11	5,18	2,70	2,13	1,88	1,86
GM3	68	T	Être à l'écoute	2,36	0,91	5,15	2,27	1,91	1,87	1,94
GG29	11	E	Réaliser un bilan hydrique	2,36	0,50	3,91	1,92	1,64	1,36	1,43
GC4	62	E	Adapter la mobilisation au patient	2,38	0,84	5,49	1,95	1,86	1,90	1,88
GI1	16	S	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	2,38	0,77	4,29	2,40	1,79	1,54	2,14
GC8	5	S	Proposer un soutien physique adéquat	2,40	0,55	5,00	1,22	1,80	1,40	1,80
GF11	5	S	Utiliser des échelles d'évaluation de la douleur	2,40	0,55	4,80	2,39	2,20	1,40	2,00
GN1	58	T	Respecter les opinions et les convictions du patient	2,40	0,87	5,17	2,09	2,09	1,95	1,94
GPI0	5	L	Veiller à la disponibilité permanente des médicaments liés à la réanimation	2,40	1,14	5,00	2,74	2,20	2,00	2,00
GK1	52	S	Évaluer le risque d'escarre	2,42	0,72	4,44	1,93	1,83	1,73	1,45
GB1	62	S	Aider le patient à adopter une position confortable	2,42	0,77	5,22	1,84	1,81	1,83	1,70
GB2	86	C	Soutenir le patient dans l'organisation appropriée des activités	2,44	0,84	5,35	2,01	1,86	1,80	1,97
GM21	9	S	Aider le patient à s'orienter dans le temps et dans l'espace	2,44	0,88	4,89	2,57	1,78	1,86	1,88
GK10	15	S	Réaliser une surveillance des ingestas	2,47	0,99	4,53	2,36	2,00	1,57	1,60
GI4	18	S	Évaluer les différents cathéters et apporter les soins requis	2,47	0,80	4,24	1,86	1,65	1,56	1,90
GD5	24	E	Évaluer la nécessité d'adapter l'alimentation en fonction de l'état du patient	2,48	0,73	4,83	2,25	2,00	2,06	1,65
GJ1	71	E	Préparer et administrer les médicaments	2,49	0,78	4,67	2,15	1,97	1,61	1,88
GL23	4	C	Fournir des conseils sur l'alimentation et l'élimination, la mobilisation, ...	2,50	0,58	4,25	0,96	1,75	1,33	1,50
GQ6	4	C	Recueillir les informations concernant la sortie du patient	2,50	0,58	4,50	1,29	2,00	1,33	2,00
GQ5	18	C	Informier adéquatement le patient et sa famille concernant sa sortie.	2,56	0,92	4,78	2,13	2,13	1,75	1,94
GK9	23	S	Assurer une bonne hydratation du patient	2,57	1,12	4,91	2,59	1,95	1,74	2,00
GD12	4	E	Interpréter des résultats concernant l'état nutritionnel du patient	2,75	0,96	4,25	2,50	2,00	2,00	1,50

Tableau 5.8 Troisième cluster en gériatrie : compétences complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
GL13	4	C	Expliquer la nécessité du matériel de contention	2,25	0,96	6,00	2,45	1,75	2,25	2,00
GA7	5	S	Effectuer les soins d'hygiène en tenant compte de la douleur et du confort	2,40	0,55	6,60	0,89	2,20	2,00	2,40
GG9	40	S	Prendre des mesures afin d'améliorer le rythme de sommeil	2,49	0,88	5,64	1,98	2,00	1,86	2,03
GC10	4	E	Gérer la rééducation à la marche en multidisciplinarité	2,50	0,58	6,00	0,82	2,00	2,00	2,00
GD8	4	C	Concertation avec l'expert diététique	2,50	1,00	6,00	2,45	1,75	2,00	2,25
GF16	14	E	Évaluer le degré d'autonomie du patient	2,50	0,85	5,21	2,22	2,31	1,62	1,69
GK17	4	E	Prévenir la douleur grâce au traitement	2,50	0,58	6,00	2,83	2,00	2,25	2,33
GA4	51	C	Stimuler le patient à l'autonomie	2,51	0,94	5,94	2,22	2,04	2,00	2,06
GA1	62	S	Effectuer les soins d'hygiène	2,53	0,86	5,50	1,78	1,81	1,87	1,98
GD1	61	E	Observer les besoins et les apports alimentaires et hydriques	2,53	0,82	5,95	1,77	2,07	1,88	2,11
GK2	52	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention	2,56	0,70	5,08	1,82	2,04	1,81	1,60
GG22	16	E	Adapter les soins en fonction de la situation du patient	2,56	0,81	5,38	2,03	2,00	2,07	1,77
GA2	41	S	Effectuer les soins sans confronter le patient à sa dépendance	2,59	0,68	5,74	1,92	1,95	1,90	1,95
GF6	5	S	Connaître et appliquer les protocoles de non réanimation	2,60	0,55	5,60	2,61	2,40	2,20	2,50
GQ4	15	C	Réaliser une liaison avec les structures de soins extérieures	2,60	0,83	5,27	2,09	2,40	1,82	2,09
GK12	8	E	Prévenir l'inhalation de produit de gavage ou de bol alimentaire	2,63	0,74	4,88	2,47	1,88	1,75	1,43
GA3	45	C	Aider le patient à supporter sa dépendance	2,63	0,79	5,93	2,24	2,05	1,90	2,22
GG1	50	E	Planifier les soins	2,65	0,90	4,88	2,15	2,04	1,81	1,79
GPI	71	C	Transmettre les données concernant le patient par écrit et oralement	2,66	0,78	4,93	1,97	2,10	1,84	1,67
GK13	3	S	Mettre en place des mesures de contention et les réévaluer	2,67	1,53	5,00	2,65	2,33	1,67	1,50
GK14	3	S	Prévenir les plaies liées à la contention	2,67	1,53	5,00	2,65	2,33	1,67	1,50
GG11	7	T	Connaître les interventions infirmières	2,67	0,52	5,50	1,76	2,17	2,50	2,50
GK3	56	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes	2,67	0,75	5,36	2,05	2,19	1,89	1,83
GM24	25	T	Faire preuve de disponibilité et d'empathie.	2,68	0,95	5,36	2,14	2,10	2,11	2,08
GF2	81	S	Observer les paramètres vitaux et physiques	2,68	0,76	5,22	2,00	2,19	1,76	1,91
GM23	13	C	Soutenir émotionnellement le patient et sa famille	2,69	0,63	5,85	1,95	2,08	2,44	2,23
GO9	21	C	Communiquer les informations relatives au patient à d'autres collaborateurs	2,71	0,78	4,95	1,91	2,19	1,80	2,07
GA8	7	C	Stimuler le patient à prendre des décisions	2,71	0,95	6,00	2,31	2,00	1,86	2,14

GB11	12	S	Utiliser du matériel pour le confort du patient	2,73	0,79	5,08	1,98	1,82	2,18	1,55
GG2	66	E	Planifier les soins en tenant compte de la continuité des soins	2,73	0,86	5,08	2,34	2,17	1,87	2,02
GO5	63	T	Connaître ses propres compétences et limites	2,75	0,86	5,50	2,18	2,09	2,13	2,00
GFI3	4	E	Évaluation et gestion de la douleur en multidisciplinarité	2,75	0,50	6,50	1,73	2,25	2,25	2,00
GG23	4	E	Gérer les priorités dans les interventions infirmières	2,75	0,50	6,25	2,06	2,25	2,25	2,33
GA10	4	S	Garantir la sécurité du patient pendant les soins d'hygiène	2,75	0,50	5,75	2,75	1,50	2,25	2,00
GD16	8	S	Administrer un gavage alimentaire par une sonde	2,75	0,71	4,75	2,31	1,88	1,63	1,67
GB7	4	C	Aider le patient à verbaliser ses besoins de confort	2,75	0,50	6,00	1,63	1,75	2,00	2,25
GL16	4	C	Éduquer le patient à la marche	2,75	0,50	6,50	1,00	2,25	2,25	2,00
GJ7	4	C	Expliquer le traitement antidouleur prescrit	2,75	0,50	6,50	0,58	2,25	2,25	2,00
GM20	4	C	Gérer l'agressivité du patient	2,75	1,26	5,75	2,63	2,25	1,67	2,25
GJ5	4	C	Informer le patient à propos des médicaments	2,75	0,50	6,25	0,50	2,25	2,00	2,00
GFI5	4	E	Observer le patient et adapter les soins	2,75	0,50	6,50	1,73	2,25	2,25	2,00
GL3	49	C	Encourager le patient à demander des explications	2,76	0,86	5,78	2,09	2,20	1,97	2,14
GR2	71	T	Mettre ses connaissances à jour	2,78	0,91	5,08	2,53	2,24	2,18	1,78
GM4	62	C	Bâtir une relation de confiance avec le patient	2,78	0,74	6,05	1,79	2,04	2,29	2,24
GF8	5	C	Savoir qui appeler en situation d'urgence	2,80	0,84	5,60	2,61	2,40	2,00	2,00
GFI2	5	E	Évaluer la situation du patient à domicile	2,80	0,45	5,60	2,30	2,40	1,40	2,25
GM22	5	X	Offrir une structure adaptée au patient gériatrique	2,80	0,84	6,20	1,92	2,40	2,00	2,20
GG33	5	E	Prendre des initiatives pour les problèmes urgents en respectant les protocoles	2,80	0,84	5,60	2,61	2,40	2,00	2,00
GJ4	5	E	Préparer les médicaments pour une réanimation cardio-pulmonaire	2,80	1,30	5,00	2,92	2,00	2,00	1,67
GJ2	71	E	Observer les effets attendus d'un traitement	2,80	0,71	4,87	2,08	2,20	1,81	1,89
GG3	52	S	Effectuer une prise de sang veineuse	2,80	0,72	5,49	1,83	2,22	1,92	1,92
GO3	66	C	Communiquer le vécu du patient pour adapter les soins	2,81	0,85	5,61	2,16	2,27	2,04	1,82
GM12	52	C	Soutenir les membres de la famille	2,82	0,68	5,98	1,95	2,27	2,07	2,22
GFI	62	S	Collecter les éléments liés à l'anamnèse	2,83	0,81	5,55	2,10	2,12	1,85	1,89
GG6	16	X	Réaliser un monitoring cardiaque et en faire la surveillance	2,85	0,55	5,79	2,08	2,43	2,00	1,90
GG5	28	X	Réaliser un ECG et interpréter les résultats	2,85	0,66	5,19	1,88	2,37	1,81	1,69
GG4	35	E	Reconnaître les symptômes d'hypo- et hyper-glycémie et réagir	2,85	0,61	5,47	1,91	2,21	1,78	1,86
GH5	7	S	Utiliser le matériel de pansement adéquat	2,86	0,69	5,00	1,29	2,00	2,00	1,75
GL5	37	C	Encourager le patient à suivre son traitement	2,86	0,81	6,23	2,04	2,26	1,97	2,29
GM9	41	C	Impliquer les proches du patient	2,87	0,70	6,10	1,89	2,15	2,03	2,24
GH1	27	S	Effectuer correctement les soins de plaies selon la prescription	2,89	0,80	5,93	2,13	2,22	2,15	1,83

GQ2	24	C	Informer le patient concernant les soins à domicile	2,90	0,45	6,18	1,87	2,27	2,11	2,09
GQ1	45	E	Orienter le patient vers les structures de soins appropriées	2,91	0,71	5,51	2,13	2,22	1,97	1,88
GO7	24	E	Mettre en application le suivi et les recommandations de collaborateurs	2,91	0,90	4,96	1,92	2,22	1,87	1,67
GH2	22	E	Juger si le traitement prescrit de la plaie est souhaitable	2,95	0,80	6,27	1,75	2,36	2,27	2,00
GM5	68	E	Estimer les besoins et nécessités du patient	2,97	0,76	5,93	1,98	2,16	2,12	2,11
GM6	48	C	Défendre les intérêts du patient	2,98	0,87	5,89	2,31	2,34	2,26	2,08
GH4	22	S	Observer et soigner les plaies	3,00	0,62	6,05	1,70	2,36	2,23	2,00
GG25	3	S	Préparer le patient en vue d'examens ou de soins particuliers	3,00	1,00	5,00	2,00	2,00	2,00	1,50
GG16	5	S	Connaître les techniques de réanimation cardio-pulmonaire	3,00	0,82	5,80	2,39	2,60	2,40	2,00
GF5	5	E	Évaluer les symptômes liés à l'insuffisance rénale	3,00	0,71	6,00	2,12	2,40	1,80	2,25
GL4	25	C	Informer le patient concernant l'éducation à l'autonomie	3,00	0,62	6,05	1,89	2,27	2,05	2,10
GG26	3	T	Perfectionner ses compétences en gestion critique	3,00	1,00	5,67	1,53	2,33	3,00	1,00
GF10	4	E	Reconnaître les symptômes d'un AVC	3,00	0,82	5,75	2,75	2,50	2,00	2,50
GO1	71	C	Travailler en équipe intra- et interdisciplinaire	3,00	0,72	5,84	1,88	2,30	2,26	1,96
GRI	66	T	Participer aux projets pour la qualité des soins	3,03	0,88	5,42	2,34	2,33	2,33	1,82
GI5	19	E	Juger de l'indication d'un traitement intraveineux	3,05	0,85	5,68	2,26	2,47	2,13	2,08
GO10	12	X	Gestion de la délégation	3,08	0,79	5,50	2,02	2,08	2,27	1,78
GJ3	62	X	Interpréter les effets inattendus d'un traitement et réagir adéquatement	3,10	0,65	5,55	1,77	2,45	2,02	1,80
GG27	10	E	Commencer une réanimation cardio-pulmonaire	3,10	0,74	5,90	2,13	2,60	2,40	1,80
GJ11	8	E	Proposer un traitement tout en respectant les prescriptions médicales	3,13	0,64	5,25	2,19	2,63	2,00	1,80

Tableau 5.9 Quatrième cluster en gériatrie : compétences très complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
GL17	4	C	Éduquer le patient à la prévention des chutes à domicile	2,75	0,50	7,00	1,41	2,50	2,25	2,25
GN2	5	X	Gérer la fin de vie du patient	2,75	0,50	7,50	1,73	2,50	2,50	2,50
GG30	8	X	Adapter les soins dans un contexte de démence	3,00	0,76	7,13	1,55	2,50	2,75	2,50
GM17	5	X	Assister le patient et la famille dans des situations de fin de vie	3,00	0,71	7,20	1,79	2,20	2,40	2,60
GD4	5	E	Évaluer et gérer les problèmes d'alimentation	3,00	0,71	6,60	1,95	2,40	2,00	2,20
GB3	5	E	Gérer les soins de confort	3,00	0,71	6,80	1,10	2,40	2,00	2,40
GL21	8	C	Informer la famille au sujet de l'état du patient et de son traitement	3,00	0,76	6,38	1,69	2,13	2,14	2,38
GM10	63	C	Communiquer avec le patient et la famille	3,03	0,65	6,32	1,95	2,23	2,25	2,28

GL2	42	C	Aviser le patient sur les adaptations dans sa manière de vivre	3,05	0,73	6,58	1,80	2,49	2,25	2,26
GM11	54	C	Être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic	3,06	0,63	6,70	1,73	2,42	2,19	2,34
GG8	43	E	Juger de l'opportunité de modifier les soins	3,07	0,61	6,44	1,96	2,24	2,23	2,13
GG7	62	E	Effectuer les soins spécifiques qui correspondent aux besoins du patient	3,08	0,65	6,53	2,01	2,37	2,29	2,25
GO4	34	X	Coacher d'autres professionnels	3,09	0,73	6,71	1,55	2,61	2,66	2,17
GM1	61	E	Intégrer les aspects psychosociaux dans les soins infirmiers	3,12	0,67	6,42	1,92	2,29	2,27	2,31
GD11	8	E	Proposer des solutions pour améliorer l'état nutritionnel	3,13	0,83	6,50	2,00	2,50	2,29	2,29
GL1	53	C	Informé le patient (et/ou sa famille)	3,13	0,56	6,60	1,81	2,43	2,30	2,35
GC7	7	E	Évaluer la mobilité par rapport à la maladie	3,14	0,69	6,71	2,29	2,57	2,14	2,33
GO2	66	C	Organiser et coordonner les soins en équipe intra- et interdisciplinaire	3,18	0,68	6,11	1,96	2,40	2,40	1,96
GG24	5	X	Accompagner le patient dément	3,20	0,45	6,80	1,48	2,40	1,80	2,60
GM18	5	T	Attitude envers les autres patients en cas de situation critique	3,20	0,45	7,20	1,79	2,20	2,40	2,60
GH3	20	E	Choisir le meilleur traitement pour les plaies	3,20	0,52	6,40	1,54	2,65	2,35	2,00
GM2	58	E	Évaluer la nécessité de communiquer avec le patient concernant sa maladie	3,20	0,68	6,73	1,89	2,47	2,35	2,47
GG15	5	X	Évaluer la pertinence d'une réanimation cardio-pulmonaire (début et fin)	3,20	0,84	5,80	2,39	2,60	2,40	2,00
GO8	10	E	Évaluer l'opportunité de la présence d'autres soignants	3,20	0,63	6,10	2,02	1,80	2,40	2,38
GG12	5	T	Prise de recul en situation critique	3,20	0,45	6,60	2,07	2,20	2,60	2,25
GO11	5	C	Travailler en collaboration en intra- et interdisciplinarité	3,20	0,45	6,80	1,30	2,60	2,00	2,20
GO6	59	X	Gérer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs	3,23	0,63	6,32	1,86	2,56	2,51	2,05
GB6	4	E	Évaluer le confort du point de vue psychique	3,25	0,50	7,00	2,45	2,50	2,25	2,25
GF9	5	X	Estimer quand les traitements futurs ne sont plus nécessaires	3,25	0,96	7,50	1,00	2,75	2,25	2,50
GM7	32	E	Évaluer la perception du patient de sa maladie	3,27	0,45	6,80	1,73	2,47	2,31	2,33
GI6	7	E	Oser évaluer et discuter la pertinence d'un traitement	3,29	0,76	6,43	2,44	2,43	2,50	2,17
GM15	7	E	Évaluer l'opportunité d'une approche interdisciplinaire	3,29	0,76	6,71	2,43	2,43	2,29	2,33
GF17	15	E	Utiliser des échelles de mesures adéquates	3,33	0,62	6,67	1,59	2,67	1,93	2,21
GM26	8	T	Garder son calme, être patient et faire preuve de tact	3,38	0,74	6,50	1,77	2,50	2,71	2,25
GD3	5	S	Assister le patient dément pour l'alimentation	3,40	0,55	7,80	1,64	2,60	2,40	2,80
GL11	5	C	Communiquer les mauvaises nouvelles adéquatement	3,40	0,55	8,00	1,41	2,60	2,60	2,80
GG14	5	S	Positionner le patient pour une réanimation cardio-pulmonaire	3,40	0,55	6,40	1,82	2,80	2,60	1,67
GL9	5	C	Informé la famille concernant la démence et la communication adaptée	3,40	0,55	7,60	1,34	2,80	2,20	2,60
GH6	7	E	Oser évaluer et discuter la pertinence d'un soin de plaie	3,43	0,53	6,86	1,77	2,57	2,29	2,33
GM19	4	X	Prendre en charge la confusion des patients gériatriques	3,50	0,58	7,00	2,00	2,50	2,33	2,75
GJ10	4	E	Administrer les médicaments en respectant les règles pharmacologiques	3,50	0,58	5,75	2,06	2,50	2,00	1,67

GB5	4	E	Évaluer les risques liés à la confusion	3,50	0,58	7,50	1,91	2,25	2,50	2,75
GL10	7	C	Gérer l'accueil du partenaire survivant	3,50	0,55	7,00	1,90	2,33	2,33	2,33
GM16	7	X	Gestion des questions pour un patient en fin de vie	3,50	0,55	8,00	0,89	2,50	2,67	2,83
GR3	68	T	Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	3,53	0,59	5,78	2,47	2,78	2,61	2,03
GJ8	4	X	Réévaluer le traitement sur le long terme	3,67	0,58	7,33	1,53	3,00	2,33	2,00

9.3 CLUSTERS DU SERVICE DE BLOC OPERATOIRE

Id_comp	code de la compétence
N	Nombre d'évaluation pour la compétence
grp_act	group d'activité
Libellé de la compétence	libellé résumé de la compétence
Complexité globale Mean	Moyenne de la complexité Globale
Complexité globale SD	Déviati on standard de la Complexité Globale
Complexité des 3 dimensions Mean	Moyenne de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Complexité des 3 dimensions SD	Déviati on standard de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Dimension cognitive Mean	Moyenne de la dimension cognitive de la complexité
Dimension cognitive SD	Déviati on standard de la dimension cognitive de la complexité
Dimension psycho-motrice Mean	Moyenne de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-motrice SD	Déviati on standard de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-affective Mean	Moyenne de la dimension psycho-affective de la complexité
Dimension psycho-affective SD	Déviati on standard de la dimension psycho-affective de la complexité
Group d'activité	L : activités logistique et administratives S : exécution de soins simples et ou standardisable E : exécution de soins nécessitant un jugement clinique (observations; évaluation et prévention) C : communication (autant interprofessionnelle que vis à vis du patient et de la famille), information et éducation du patient et de la famille X : activités nécessitant des compétences d'expertise et de jugement clinique - réflexion - soins spécialisés T : attitudes et comportement professionnel (ergonomique, déontologique, hygiénique, ...)

Tableau 5.10 Premier cluster au bloc opératoire : compétences non complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
BF23	4	S	Évaluer l'état nutritionnel du patient	1,50	0,58	3,25	1,26	1,25	1,00	1,33
BC6	4	S	Gérer le déplacement du patient de lit à lit	1,50	0,58	2,75	2,22	1,33	1,33	1,50
BF22	34	S	Appliquer la procédure pour l'identification du patient	1,67	0,60	3,73	1,15	1,24	1,16	1,50
BS19	18	L	Entretien des appareils et le matériel	1,71	0,69	3,71	1,61	1,71	1,41	1,43
BH8	4	S	Utiliser les pansements adaptés aux différentes plaies	1,75	0,50	3,75	0,96	2,00	1,50	1,00
BP4	31	L	Classer les résultats des examens effectués	1,76	0,66	3,44	1,50	1,40	1,28	1,36
BS18	9	L	Préparer la table opératoire	1,78	0,67	3,00	0,71	1,44	1,22	1,00
BG46	5	S	Effectuer les soins liés à un cathéter Swann-Ganz	1,80	0,84	3,40	1,95	1,40	1,40	1,50
BM8	84	T	Garantir le secret professionnel	1,86	0,73	3,36	1,83	1,46	1,35	1,50
BPI6	28	L	Utiliser l'outil informatique	1,92	0,74	3,00	1,18	1,41	1,22	1,11

Tableau 5.11 Deuxième cluster au bloc opératoire : compétences peu complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
BM14	34	T	Respecter l'intimité du patient	1,70	0,88	4,52	1,75	1,58	1,39	1,86
BG70	4	S	Effectuer les soins prescrits à une sonde gastrique	1,75	0,50	4,00	1,41	1,75	1,50	1,50
BS1	69	L	Gérer le transport du patient	1,83	0,71	3,86	1,62	1,45	1,39	1,32
BG59	12	S	Utiliser les sources d'énergie appropriées	1,83	0,83	3,58	1,24	1,58	1,42	1,17
BP2	24	L	Planifier les examens médicaux	1,86	0,65	3,76	1,51	1,52	1,40	1,27
BQ3	74	L	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	1,86	0,84	3,89	1,83	1,56	1,40	1,43
BP3	50	L	Préparer les demandes d'examens médicaux	1,88	0,73	3,55	1,66	1,52	1,35	1,35
BS11	19	L	Faire appel à l'équipe de nettoyage	1,89	0,96	3,58	1,35	1,47	1,32	1,15
BPI44	9	L	Répondre au téléphone, filtrer les appels et les transmettre au médecin	1,89	0,78	3,89	1,69	1,56	1,50	1,13
BP5	74	L	Commander les médicaments	1,90	0,64	3,56	1,66	1,56	1,37	1,30
BS3	65	L	Vérifier le chariot de soins	1,97	0,72	3,53	1,68	1,57	1,43	1,35
BP7	36	L	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	1,97	0,61	3,37	1,33	1,43	1,32	1,24
BH6	5	E	Connaitre et savoir utiliser l'appareillage de drainage thoracique	2,00	0,71	3,20	0,84	1,40	1,40	1,00
BM18	9	T	Adopter une attitude qui rassure le patient	2,00	0,50	5,33	1,12	1,89	1,86	2,00

BH7	5	S	Connaître et savoir utiliser les différents drains et redons	2,00	0,00	3,00	0,71	1,20	1,20	1,00
BE4	3	S	Connaître le matériel de stomie	2,00	0,00	4,00	1,73	1,67	1,33	1,50
BQ4	5	S	Connaître les protocoles postopératoires concernant la douleur	2,00	0,00	3,40	1,82	1,60	1,50	1,50
BI13	10	S	Donner un cathéter en respectant les principes de stérilité	2,00	0,50	3,44	1,13	1,56	1,33	1,25
BS15	10	L	Gérer et acheminer les prélèvements au laboratoire selon procédure	2,00	0,71	3,44	1,42	1,44	1,44	1,25
BK20	9	S	Mettre en place les mesures visant à prévenir l'hypothermie	2,00	0,71	3,67	1,32	1,56	1,44	1,50
BN3	4	T	Respecter les différences culturelles	2,00	0,00	5,33	1,15	2,00	2,00	2,00
BG52	46	S	Effectuer un brossage chirurgical des mains	2,07	0,67	3,16	1,29	1,42	1,33	1,29
BI2	47	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie centrale	2,07	0,60	3,86	1,70	1,67	1,52	1,27
BS2	79	L	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	2,08	0,81	3,55	1,47	1,64	1,40	1,31
BA2	14	S	Effectuer les soins sans confronter le patient à sa dépendance	2,08	0,90	5,00	2,13	1,75	1,58	1,82
BG54	72	S	Ouvrir et donner les produits et le matériel spécifique stérilement	2,08	0,67	3,36	1,25	1,59	1,39	1,15
BP8	12	E	Adopter une attitude critique face aux appareils automatiques	2,09	0,83	3,64	1,57	1,73	1,30	1,60
BG16	45	S	Garantir une bonne température corporelle pendant l'intervention	2,09	0,77	4,14	1,58	1,77	1,48	1,50
BI1	79	S	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	2,10	0,66	3,97	1,57	1,65	1,52	1,43
BG53	56	S	Assister lors de l'habillage stérile et savoir s'habiller stérilement	2,11	0,71	3,45	1,31	1,64	1,38	1,18
BO9	9	T	Offrir de l'aide spontanément	2,11	0,60	5,11	1,45	1,75	1,75	2,00
BS21	9	S	Connaître et appliquer la procédure en cas de perte d'instrument	2,13	0,64	4,00	1,85	1,75	1,63	1,67
BL8	9	C	Expliquer au patient les actes techniques et le rassurer	2,13	0,35	5,38	1,30	2,00	1,71	2,14
BM17	15	C	Communiquer avec empathie	2,13	1,13	5,13	1,64	1,87	1,91	2,00
BS9	24	S	Vérifier la stérilité du matériel	2,14	0,77	3,45	1,47	1,64	1,45	1,33
BG47	29	S	Connaître le fonctionnement du bistouri électrique	2,14	0,52	4,10	1,42	1,72	1,52	1,39
BE2	38	S	Effectuer les soins liés à une sonde vésicale	2,16	0,59	4,29	1,84	1,84	1,61	1,68
BP18	67	L	Tarifier les médicaments, le matériel et les différents actes techniques	2,16	0,75	3,76	1,70	1,70	1,47	1,44
BM3	74	T	Être à l'écoute	2,18	0,87	5,32	1,88	1,94	1,71	2,10
BI6	34	E	Préparer le soluté d'une perfusion périphérique	2,18	0,83	3,94	1,67	1,79	1,53	1,50
BG32	19	E	Gérer la douleur du patient notamment en post-opératoire	2,19	0,66	4,81	1,94	1,69	1,71	2,17
BG11	5	S	Effectuer un prélèvement d'urine	2,20	0,45	3,60	1,34	2,00	1,40	1,00
BK4	79	S	Inspecter les téguments	2,20	0,74	4,11	1,52	1,81	1,60	1,31
BS10	19	L	Éliminer le matériel souillé ainsi que les objets tranchants et piquants	2,21	0,79	3,21	1,47	1,53	1,37	1,20
BH4	41	S	Observer et soigner les plaies	2,21	0,74	4,45	1,94	1,82	1,70	1,54
BI4	70	S	Évaluer les différents cathéters et apporter les soins requis	2,22	0,76	3,97	1,64	1,83	1,56	1,35
BE1	38	S	Gestion d'un schéma mictionnel et fécal normal ou anormal	2,22	0,71	4,34	1,84	1,84	1,63	1,48

BG14	44	S	Mettre un cathéter périphérique en place	2,22	0,76	4,56	1,78	1,80	1,68	1,52
BK12	9	E	Connaître les allergies aux antiseptiques et aux médicaments	2,22	0,67	4,22	1,48	1,67	1,75	1,80
BP11	9	E	Lire et interpréter les paramètres physiques sur le moniteur d'anesthésie	2,22	0,67	3,44	1,33	1,78	1,50	1,00
BK10	9	E	Prévenir les lésions chez les patients recouverts par des champs (fixations)	2,22	0,67	4,11	0,60	2,00	1,78	1,00
BK5	61	S	Reconnaître les signes d'escarre	2,23	0,74	4,14	1,73	1,79	1,56	1,50
BP6	69	L	Commander du matériel	2,23	0,85	4,26	1,84	1,86	1,63	1,38
BK15	4	E	Prévenir les risques liés à l'anesthésie générale	2,25	0,50	4,50	1,29	2,00	1,75	1,50
BK11	9	S	Transférer un patient en sécurité du lit à la table d'opération	2,25	0,46	4,25	0,71	1,75	1,75	1,50
BG68	82	S	Installer les champs opératoires	2,26	0,92	4,30	1,80	1,75	1,59	1,64
BJ5	35	S	Assister lors de l'induction et pendant l'anesthésie	2,26	0,51	4,29	1,66	1,85	1,67	1,65
BS4	74	L	Vérifier la présence des produits nécessaires à l'anesthésie et la chirurgie	2,27	0,96	3,87	1,83	1,75	1,57	1,41
BI3	42	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie artérielle	2,29	0,69	4,16	1,72	1,82	1,61	1,33
BG50	18	L	Évaluer le bon état du matériel et des appareils	2,29	0,99	4,53	1,87	2,00	1,88	1,38
BJ4	30	E	Connaître les différentes sortes d'anesthésies et savoir les préparer	2,30	0,54	4,33	1,14	2,04	1,67	1,31
BC1	75	T	Travailler de manière ergonomique	2,30	0,82	4,68	1,77	1,92	1,78	1,69
BF15	10	E	Évaluer la diurèse du patient en collaboration avec l'anesthésiste	2,30	0,48	4,10	1,10	1,90	1,50	1,17
BH1	40	S	Effectuer correctement les soins de plaies selon la prescription	2,32	0,81	4,68	1,20	1,97	1,79	1,41
BK7	89	T	Prévenir les infections, sur base des principes de l'hygiène	2,33	0,71	4,30	1,56	1,94	1,74	1,44
BG49	21	S	Connaître les différents appareils utilisés	2,33	0,66	4,10	1,45	1,86	1,79	1,18
BG62	9	S	Exécuter les soins selon les procédures	2,33	0,50	4,00	1,00	1,78	1,67	1,25
BS17	9	S	Gérer une équipe d'entretien et faire appliquer les règles d'hygiène	2,33	0,71	4,22	1,56	2,00	1,50	1,33
BS20	16	E	Connaître et comprendre le déroulement de l'intervention et anticiper	2,38	0,62	4,38	1,59	2,00	2,00	1,33
BK9	21	S	Connaître et appliquer les différentes positions chirurgicales	2,38	0,59	4,38	1,69	1,81	1,76	1,70
BG566	44	S	Effectuer la vérification du nombre d'instruments et des compresses	2,38	0,85	4,05	2,02	1,76	1,62	1,56
BG66	14	S	Assister lors de l'intubation et l'extubation du patient	2,38	0,51	3,92	1,50	1,85	1,62	1,20
BQ5	21	C	Informier adéquatement le service dans lequel le patient va être transféré	2,40	0,88	4,95	1,69	1,90	1,71	1,47
BP17	16	L	Tenir le dossier infirmier à jour	2,40	0,63	4,47	1,64	2,00	1,79	1,33
BF21	80	S	Collecter les éléments anamnestiques spécifiques au bloc opératoire	2,43	0,86	4,93	2,00	2,00	1,80	1,77
BI11	26	S	Assister l'anesthésiste au placement de différents cathéters	2,44	0,82	4,12	1,69	1,72	1,60	1,33
BK19	9	T	Connaître et respecter les circuits des personnes et du matériel	2,44	0,73	3,22	1,48	1,44	1,33	1,33
BG44	27	S	Mettre une sonde vésicale en place	2,44	0,70	4,59	1,78	1,96	1,78	1,53
BK1	70	S	Évaluer le risque d'escarre	2,46	0,80	4,59	1,57	2,07	1,86	1,53
BK6	133	T	Respecter les principes d'hygiène hospitalière	2,47	0,84	4,34	1,81	1,94	1,77	1,54

BK2	79	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention	2,49	0,72	4,68	1,29	2,10	1,84	1,51
BG64	14	T	Observer et réagir adéquatement	2,50	0,52	4,14	1,41	2,00	1,57	1,33
BK23	4	S	Appliquer les procédures de prévention liées à l'exposition de sang	2,50	0,58	3,75	2,06	1,50	1,50	1,50
BG35	9	S	Désinfecter correctement le matériel ne nécessitant pas de stérilisation	2,56	1,01	3,33	1,94	1,56	1,44	1,50
BG38	5	L	Effectuer la traçabilité du matériel	2,60	0,89	3,40	1,67	1,80	1,60	.
BS14	9	L	Contrôler le matériel en fin d'intervention	2,67	1,12	3,89	1,69	1,89	1,78	1,00

Tableau 5.12 Troisième cluster au bloc opératoire: compétences complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
BA5	10	S	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	2,22	0,83	5,67	1,66	1,78	1,89	2,00
BL10	9	C	Communiquer avec le patient en tenant compte de ses spécificités	2,22	0,83	6,00	1,41	2,00	1,88	2,33
BM4	55	C	Bâtir une relation de confiance avec le patient	2,27	0,91	5,76	1,68	2,13	1,82	2,22
BB1	75	S	Aider le patient à adopter une position confortable	2,38	0,84	5,73	1,71	2,03	1,89	1,91
BA3	15	C	Aider le patient à supporter sa dépendance	2,38	0,77	5,77	2,31	1,92	1,92	2,25
BC5	15	C	Stimuler le patient à la mobilisation	2,38	1,04	6,69	1,70	2,31	2,23	2,15
BA1	34	S	Effectuer les soins d'hygiène	2,40	1,04	5,35	2,33	1,94	1,93	1,78
BC2	75	S	Mobiliser le patient d'une façon confortable	2,42	0,83	5,76	1,82	2,08	1,89	1,97
BO3	60	C	Communiquer le vécu du patient pour adapter les soins	2,45	0,81	5,39	2,07	2,02	1,86	2,00
BO8	11	C	Être assertif vis à vis des autres professionnels	2,45	0,82	5,55	2,02	2,18	2,33	1,78
BN1	33	T	Respecter les opinions et les convictions du patient	2,46	0,96	5,93	2,00	2,18	2,00	2,11
BF1	71	S	Collecter les éléments liés à l'anamnèse	2,48	0,91	5,46	2,17	2,10	1,90	1,78
BC4	76	E	Adapter la mobilisation au patient	2,48	0,88	6,20	1,70	2,12	2,01	2,07
BQ1	9	E	Orienter le patient vers les structures de soins appropriées	2,50	0,53	5,63	1,60	1,88	1,71	2,25
BL3	53	C	Encourager le patient à demander des explications	2,50	0,89	5,84	1,79	2,10	1,85	2,31
BG51	13	S	Protéger le patient et les collègues des rayons X	2,50	0,53	5,10	1,29	2,20	2,00	1,29
BM2	59	E	Évaluer la nécessité de communiquer avec le patient concernant sa maladie	2,52	0,83	6,02	1,37	2,14	1,98	2,25
BPI	70	C	Transmettre les données concernant le patient par écrit et oralement	2,52	0,80	5,21	1,95	2,10	1,87	1,61
BF11	20	S	Évaluer la douleur du patient	2,55	0,89	6,40	2,39	2,25	2,16	2,21
BS5	79	S	Prévoir le matériel et les dispositifs médicaux stériles	2,57	0,91	4,71	2,08	2,09	1,96	1,58
BG65	14	X	Détecter et réagir en cas de corps étranger dans le corps du patient	2,57	0,65	4,86	1,66	2,07	1,79	1,75
BM5	64	E	Estimer les besoins et nécessités du patient	2,58	0,77	5,92	1,78	2,13	1,98	2,16

BF8	25	E	Observer et évaluer les différents pansements	2,58	0,88	5,04	1,65	2,21	1,79	1,67
BM1	40	E	Intégrer les aspects psychosociaux dans les soins infirmiers	2,59	0,72	5,74	1,59	2,03	1,91	2,17
BG20	5	E	Fournir une assistance lors du réveil du patient	2,60	1,14	6,80	2,68	2,40	2,20	2,20
BS6	15	S	Prévoir le matériel spécifique à la prévention des points de pression	2,60	1,18	5,00	2,17	2,13	2,00	1,63
BR4	7	S	Connaître l'utilisation des différents appareils et des sources d'énergie	2,60	0,55	5,40	2,88	2,40	2,25	2,00
BG3	47	S	Effectuer une prise de sang veineuse	2,60	0,84	5,44	1,98	2,29	2,07	1,76
BF7	5	E	Évaluer l'effet d'une anesthésie péridurale	2,60	1,14	6,40	2,07	2,40	2,00	2,00
BM15	34	C	Accueillir et soutenir le patient	2,61	0,90	6,52	1,56	2,30	2,09	2,18
BJ1	59	E	Préparer et administrer les médicaments	2,61	0,78	4,82	1,55	2,12	1,80	1,50
BK3	82	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes	2,63	0,86	5,21	1,73	2,14	1,97	1,76
BM7	34	E	Évaluer la perception du patient de sa maladie	2,63	0,81	6,28	1,67	2,31	2,22	2,21
BO10	11	E	Connaître le déroulement de l'intervention et savoir anticiper	2,64	0,67	6,18	1,83	2,36	2,36	1,78
BA7	25	S	Effectuer les soins d'hygiène adaptés au bloc opératoire	2,64	0,99	5,20	2,10	2,08	1,96	1,81
BB3	59	S	Positionner le patient sur la table d'opération	2,64	0,90	5,98	1,85	2,28	2,14	1,98
BG71	51	S	Mettre en place les différents monitoring spécifiques au bloc opératoire	2,65	0,78	5,27	1,90	2,20	1,96	1,69
BG6	69	X	Réaliser un monitoring cardiaque et en faire la surveillance	2,66	0,80	4,84	2,04	2,13	1,84	1,80
BK8	70	E	Prévenir les différents types de compression (cutanées, musculaires, ...)	2,66	0,82	5,03	1,65	2,15	2,07	1,58
BM9	10	C	Impliquer les proches du patient	2,67	1,00	6,33	1,87	2,33	2,00	2,22
BO5	79	T	Connaître ses propres compétences et limites	2,68	0,79	5,32	2,17	2,25	2,02	1,84
BM6	60	C	Défendre les intérêts du patient	2,68	0,80	6,09	1,95	2,30	2,13	2,10
BR6	14	T	Remettre en question ses connaissances et pratiques professionnelles	2,69	1,11	6,23	2,92	2,46	2,33	2,63
BH10	44	S	Connaître les différents pansements spécifiques au bloc opératoire	2,70	0,86	5,16	2,27	2,19	2,00	1,91
BJ2	64	E	Observer les effets attendus d'un traitement	2,70	0,74	5,17	1,91	2,25	1,98	1,68
BG28	20	T	Respecter les protocoles de soins spécifiques au bloc opératoire	2,70	0,86	5,10	1,71	2,30	2,15	1,63
BF2	85	S	Observer les paramètres vitaux et physiques	2,71	0,77	5,41	1,85	2,26	2,05	1,85
BL1	69	C	Informé le patient (et/ou sa famille)	2,73	0,78	6,30	1,65	2,31	2,06	2,22
BO1	79	C	Travailler en équipe intra- et interdisciplinaire	2,73	0,81	5,70	2,00	2,34	2,19	1,73
BM11	23	C	Être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic	2,74	0,81	6,05	1,72	2,22	2,00	2,37
BR2	84	T	Mettre ses connaissances à jour	2,74	0,97	5,44	2,45	2,34	2,26	2,05
BG48	75	S	Utiliser les appareils et matériel spécifiques au bloc opératoire	2,74	0,88	4,91	1,79	2,22	2,04	1,52
BL2	10	C	Aviser le patient sur les adaptations dans sa manière de vivre	2,75	0,89	6,75	1,75	2,38	2,29	2,38
BI14	5	S	Connaître et savoir utiliser le Cell Saver	2,75	1,26	5,50	2,65	2,25	2,00	1,67
BI7	29	S	Connaître les protocoles de pansement des différents cathéters	2,75	0,97	5,07	1,88	2,14	1,96	1,59

BC3	5	S	Gérer le premier lever du patient.	2,75	0,96	6,50	1,73	2,25	2,25	2,00
BC8	25	S	Mobiliser le patient en tenant compte des appareillages	2,75	0,85	6,04	1,99	2,38	2,21	1,94
BA4	5	C	Stimuler le patient à l'autonomie	2,75	0,96	7,00	1,41	2,25	2,25	2,50
BR5	17	C	Défendre et agir dans l'intérêt du patient et signaler les incidents	2,76	0,75	5,53	2,07	2,12	1,94	2,45
BF12	10	E	Évaluer le risque d'hémorragie et les saignements anormaux	2,78	0,67	5,56	2,07	2,22	2,00	1,71
BL4	10	C	Informar le patient concernant l'éducation à l'autonomie	2,78	0,83	6,78	1,56	2,44	2,25	2,33
BH5	34	S	Utiliser le matériel de pansement adéquat	2,78	0,79	5,38	2,11	2,19	2,13	1,79
BO12	19	S	Connaître le rôle spécifique de chaque intervenant au bloc opératoire	2,79	1,13	5,05	2,37	2,00	2,00	2,00
BG4	20	E	Reconnaître les symptômes d'hypo- et hyper-glycémie et réagir	2,79	0,54	5,63	1,50	2,26	2,11	1,71
BM10	29	C	Communiquer avec le patient et la famille	2,79	0,88	6,13	1,60	2,25	2,05	2,35
BG31	39	E	Assurer le transport médicalisé du patient	2,81	0,74	6,19	2,42	2,36	2,27	2,00
BG57	39	X	Organiser le travail d'une situation complexe	2,81	0,97	5,78	2,15	2,35	2,21	2,08
BL11	43	C	Informar le patient des spécificités liées à la chirurgie et à l'anesthésie	2,83	0,91	6,07	1,88	2,19	2,00	2,32
BG1	45	E	Planifier les soins	2,84	0,89	5,86	1,95	2,48	2,35	1,85
BR7	19	T	Respecter les bonnes pratiques professionnelles recommandées	2,84	0,96	5,42	2,39	2,26	2,21	2,00
BG55	34	T	Reconnaître une situation génératrice de stress et pouvoir y faire face	2,85	1,00	6,28	2,37	2,44	2,50	2,30
BO2	79	C	Organiser et coordonner les soins en équipe intra- et interdisciplinaire	2,86	0,83	5,92	2,09	2,39	2,29	1,81
BF14	15	E	Faire preuve de jugement clinique	2,86	0,77	5,86	1,92	2,50	2,31	2,13
BO6	79	X	Gérer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs	2,87	0,82	6,33	1,80	2,46	2,35	1,89
BL7	8	C	Accorder de l'attention au patient lors des situations critiques et l'informer	2,88	0,64	6,13	2,03	2,13	2,00	2,25
BL5	10	C	Encourager le patient à suivre son traitement	2,88	0,83	7,25	1,58	2,63	2,43	2,50
BB6	44	S	Connaître les spécificités des différentes tables d'opération	2,88	0,93	5,12	2,01	2,26	2,20	1,74
BP9	9	E	Planifier les interventions suivantes en fonction de l'activité en cours	2,89	0,60	4,78	1,39	2,22	2,00	1,25
BF13	20	E	Surveiller le patient en salle de réveil	2,89	0,68	6,61	2,15	2,39	2,29	2,18
BR1	84	T	Participer aux projets pour la qualité des soins	2,89	0,95	5,75	2,53	2,41	2,33	2,22
BS7	34	S	Prévoir le matériel nécessaire à la réalisation d'actes techniques spécifiques	2,91	0,86	5,03	1,86	2,34	2,06	1,67
BB5	25	S	Connaître les différentes positions opératoires	2,92	0,97	5,21	1,98	2,25	2,17	1,90
BG24	40	S	Assister l'anesthésiste	2,92	0,84	5,72	1,65	2,33	2,15	1,71
BL12	15	C	Informar la famille du patient d'une façon claire et adaptée	2,92	1,04	6,54	1,90	2,46	2,30	2,31
BK22	14	E	Assurer la sécurité du patient au bloc opératoire	2,93	0,92	5,57	2,14	2,29	2,07	1,89
BM16	19	C	Soutenir le patient en tenant compte des particularités du bloc opératoire	2,94	0,80	6,50	1,20	2,33	2,06	2,11
BG67	28	E	Anticiper, planifier et organiser les soins en tenant compte des priorités	2,96	0,76	5,52	1,60	2,52	2,33	1,50
BJ3	64	X	Interpréter les effets inattendus d'un traitement et réagir adéquatement	2,97	0,71	5,85	1,94	2,48	2,33	1,92

BO4	74	X	Coacher d'autres professionnels	3,00	0,87	6,42	1,99	2,49	2,42	1,97
BG45	13	S	Connaître et maîtriser les manœuvres de RCP	3,00	0,60	5,50	1,31	2,33	2,00	1,56
BG27	5	T	Prendre des initiatives	3,00	0,71	6,40	2,61	2,80	2,75	2,33
BG63	10	E	Anticiper les complications et adapter l'instrumentation en conséquence	3,00	0,67	5,10	1,29	2,40	1,90	1,60
BF5	10	S	Collecter les informations sur les techniques ou les médications prévues	3,00	0,82	6,30	1,83	2,50	2,30	2,14
BP15	5	T	Gérer son travail en tenant compte de l'intervention et de l'activité en cours	3,00	0,71	5,40	2,19	2,60	2,25	1,67
BG2	30	E	Planifier les soins en tenant compte de la continuité des soins	3,00	0,82	6,12	1,90	2,48	2,32	1,94
BO11	49	C	Travailler en équipe interdisciplinaire spécifique à la salle d'opération	3,00	0,83	6,28	1,79	2,57	2,50	1,77
BF24	25	X	Surveiller le patient pendant l'anesthésie	3,04	0,71	6,00	1,71	2,48	2,30	1,87
BJ6	44	E	Connaître les médicaments particuliers au bloc opératoire	3,05	0,79	5,02	2,05	2,38	2,16	1,72
BG7	58	E	Effectuer les soins spécifiques qui correspondent aux besoins du patient	3,06	0,74	6,57	2,00	2,56	2,43	2,15
BG40	15	S	Fournir une assistance au chirurgien	3,07	0,88	6,13	2,17	2,53	2,47	1,89
BG12	35	S	Connaître les procédures et les étapes opératoires	3,09	0,87	5,59	2,19	2,38	2,41	1,88
BF10	35	L	Évaluer le fonctionnement des différents appareils techniques	3,09	0,71	5,26	1,56	2,47	2,24	1,75
BG61	42	E	Assurer une instrumentation efficace	3,13	0,73	6,10	1,75	2,55	2,40	1,84
BF9	30	E	Identifier et évaluer les risques opératoires	3,17	0,80	5,62	1,86	2,68	2,33	1,56
BF3	40	E	Surveiller les monitorings spécifiques au bloc opératoire	3,18	0,72	5,92	1,74	2,54	2,41	1,90

Tableau 5.13 Quatrième cluster au bloc opératoire : compétences très complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
BK17	5	E	Gérer la prévention des thromboses veineuses profondes	3,00	0,82	7,00	1,83	2,75	2,50	2,33
BG8	25	E	Juger de l'opportunité de modifier les soins	3,05	0,80	6,86	1,77	2,48	2,33	2,15
BM12	14	C	Soutenir les membres de la famille	3,08	0,79	6,75	1,66	2,50	2,50	2,58
BG29	20	T	Travailler avec dextérité et rapidité	3,15	0,75	6,45	2,11	2,60	2,55	2,17
BH2	20	E	Juger si le traitement prescrit de la plaie est souhaitable	3,18	0,73	6,29	1,53	2,53	2,35	1,85
BG58	40	X	Réagir rapidement et adéquatement en situation d'urgence	3,22	0,63	6,41	1,77	2,54	2,43	2,12
BR3	69	T	Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	3,23	0,84	6,20	2,38	2,62	2,57	2,26
BG5	20	X	Réaliser un ECG et interpréter les résultats	3,24	0,66	6,24	1,39	2,82	2,29	1,73
BF19	5	E	Évaluer les fonctions neurologiques	3,25	0,96	7,25	1,71	2,75	2,25	2,25
BL9	5	C	Informé et éduquer le patient concernant la pompe péridurale	3,25	0,50	7,75	0,96	3,00	2,25	2,50
BI5	24	E	Juger de l'indication d'un traitement intraveineux	3,33	0,66	5,76	2,10	2,62	2,33	1,85

BH3	24	E	Choisir le meilleur traitement pour les plaies	3,38	0,74	6,62	1,96	2,62	2,48	2,00
BI8	5	X	Évaluer les cathéters périduraux et gérer les pompes pour ces cathéters	3,50	0,58	6,25	0,50	2,75	2,75	1,50
BG43	4	X	Participer à une crush induction	3,50	0,58	7,50	1,29	2,75	3,00	1,75
BF16	5	X	Évaluer le fonctionnement d'une circulation extra-corporelle	3,60	0,55	6,60	1,52	2,80	2,80	1,67
BJ7	4	E	Évaluer le traitement prescrit	3,75	0,50	6,00	1,41	2,75	2,50	1,50
BG42	10	X	Connaître et maîtriser les éléments liés à la circulation extra-corporelle	3,80	0,42	7,30	1,34	3,00	3,00	2,17

9.4 CLUSTERS DU SERVICE D'HÉMODIALYSE

Id_comp	code de la compétence
N	Nombre d'évaluation pour la compétence
grp_act	group d'activité
Libellé de la compétence	libellé résumé de la compétence
Complexité globale Mean	Moyenne de la complexité Globale
Complexité globale SD	Déviati on standard de la Complexité Globale
Complexité des 3 dimensions Mean	Moyenne de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Complexité des 3 dimensions SD	Déviati on standard de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Dimension cognitive Mean	Moyenne de la dimension cognitive de la complexité
Dimension cognitive SD	Déviati on standard de la dimension cognitive de la complexité
Dimension psycho-motrice Mean	Moyenne de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-motrice SD	Déviati on standard de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-affective Mean	Moyenne de la dimension psycho-affective de la complexité
Dimension psycho-affective SD	Déviati on standard de la dimension psycho-affective de la complexité
Group d'activité	L : activités logistique et administratives S : exécution de soins simples et ou standardisable E : exécution de soins nécessitant un jugement clinique (observations; évaluation et prévention) C : communication (autant interprofessionnelle que vis à vis du patient et de la famille), information et éducation du patient et de la famille X : activités nécessitant des compétences d'expertise et de jugement clinique - réflexion - soins spécialisés T : attitudes et comportement professionnel (ergonomique, déontologique, hygiénique, ...)

Tableau 5.14 Premier cluster en hémodialyse : compétences non complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
HP4	73	L	Classer les résultats des examens effectués	1,30	0,46	2,63	0,91	1,07	1,07	1,12
HP9	9	L	Facturer la dialyse et les médicaments	1,33	0,50	3,11	1,27	1,22	1,22	1,20
HS9	6	L	Ranger les produits pharmaceutiques	1,33	0,52	3,33	1,51	1,33	1,33	1,33
HS10	19	L	Nettoyer les fauteuils et les tablettes de dialyse	1,37	0,60	2,63	0,76	1,11	1,11	1,00
HS6	10	L	Ranger et préparer le matériel spécifique	1,40	0,52	3,10	1,60	1,20	1,20	1,40
HS3	78	L	Vérifier le chariot de soins	1,41	0,50	2,94	1,32	1,18	1,17	1,26
HP7	72	L	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	1,43	0,63	2,71	0,95	1,09	1,09	1,12
HS1	84	L	Gérer le transport du patient	1,43	0,55	3,20	1,44	1,18	1,17	1,28
HP5	78	L	Commander les médicaments	1,45	0,53	2,81	1,01	1,12	1,09	1,12
HP3	73	L	Préparer les demandes d'examens médicaux	1,48	0,56	3,14	1,37	1,19	1,19	1,21
HP6	68	L	Commander du matériel	1,50	0,61	2,96	1,55	1,18	1,17	1,26
HP2	78	L	Planifier les examens médicaux	1,52	0,64	3,24	1,47	1,19	1,20	1,21
HS2	73	L	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	1,52	0,56	3,13	1,39	1,29	1,26	1,31
HQ3	57	L	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	1,64	0,55	3,64	1,30	1,34	1,27	1,28
HS12	6	L	Vérifier les réserves de médicaments	1,67	0,82	2,50	0,55	1,00	1,17	1,00
HP8	18	L	Utiliser les outils informatiques	1,78	0,65	3,56	1,46	1,50	1,39	1,33

Tableau 5.15 Deuxième cluster en hémodialyse : compétences peu complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
HB3	6	E	Reconnaître la dépendance du patient dialysé	1,67	0,82	5,17	1,83	1,50	1,67	2,00
HE6	6	S	Gérer la promiscuité des patients	1,67	0,52	4,50	1,76	1,50	1,50	1,80
HQ5	5	C	Gérer les contacts avec la maison de repos	1,75	0,50	3,75	1,50	1,50	1,50	1,50
HQ6	16	E	Planifier les séances de dialyse	1,80	0,68	3,80	1,32	1,53	1,42	1,21
HK25	11	T	Appliquer les règles d'hygiène des mains	1,82	0,60	4,00	1,67	1,55	1,45	1,38
HM8	84	T	Garantir le secret professionnel	1,83	0,73	3,69	1,90	1,43	1,44	1,49
HE5	6	T	Respecter l'intimité du patient	1,83	0,75	4,83	1,83	1,50	1,50	2,20

HC1	73	T	Travailler de manière ergonomique	1,87	0,57	4,10	1,69	1,49	1,51	1,49
HM16	16	C	Recommander les associations de patients	1,87	0,74	3,87	0,99	1,27	1,25	1,60
HA1	39	S	Effectuer les soins d'hygiène	1,87	0,74	4,70	2,03	1,47	1,51	1,81
HA5	17	S	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	1,88	0,81	4,53	1,84	1,44	1,41	1,76
HB1	84	S	Aider le patient à adopter une position confortable	1,88	0,66	4,61	1,68	1,54	1,50	1,59
HS5	10	S	Prévoir les besoins en matériel	1,90	0,99	3,70	1,64	1,50	1,44	1,29
HI1	23	S	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	1,91	0,79	4,39	1,97	1,52	1,59	1,48
HS8	12	L	Nettoyer et désinfecter les machines après séance	1,92	1,08	3,50	1,51	1,58	1,42	1,20
HF5	29	S	Utiliser de manière adaptée les différents types de balances	1,93	0,59	3,62	1,92	1,34	1,34	1,50
HD2	30	S	Créer un climat agréable pendant les repas	1,93	0,80	4,57	1,73	1,52	1,40	1,86
HB2	84	C	Soutenir le patient dans l'organisation appropriée des activités	1,95	0,69	5,03	1,93	1,76	1,65	1,87
HK4	62	S	Inspecter les téguments	1,97	0,60	4,11	1,70	1,46	1,44	1,51
HE1	64	S	Gestion d'un schéma mictionnel et fécal normal ou anormal	2,00	0,82	4,33	2,08	1,52	1,47	1,75
HL35	6	C	Informar le patient concernant la collecte d'urine de 24h	2,00	0,89	5,17	2,64	2,00	1,60	1,83
HC2	73	S	Mobiliser le patient d'une façon confortable	2,00	0,57	4,83	1,83	1,70	1,66	1,62
HK24	4	E	Prévenir les risques liés à la fistule artério-veineuse	2,00	0,00	5,75	0,50	2,25	2,00	1,50
HK5	41	S	Reconnaître les signes d'escarre	2,05	0,55	4,00	1,67	1,49	1,53	1,45
HA2	34	S	Effectuer les soins sans confronter le patient à sa dépendance	2,06	0,84	5,03	1,89	1,61	1,50	2,03
HC5	62	C	Stimuler le patient à la mobilisation	2,07	0,69	5,29	2,15	1,74	1,76	2,00
HH5	27	S	Utiliser le matériel de pansement adéquat	2,08	0,65	4,44	1,45	1,76	1,75	1,32
HQ1	56	E	Orienter le patient vers les structures de soins appropriées	2,11	0,65	4,71	1,74	1,68	1,53	1,76
HK6	84	T	Respecter les principes d'hygiène hospitalière	2,12	0,63	3,89	1,67	1,56	1,51	1,33
HQ2	51	C	Informar le patient concernant les soins à domicile	2,12	0,56	4,66	1,85	1,73	1,53	1,65
HM3	84	T	Être à l'écoute	2,13	0,81	5,46	1,85	1,83	1,82	2,20
HF14	6	S	Évaluer les habitudes alimentaires du patient	2,17	0,75	5,33	3,20	2,00	2,25	2,20
HI2	29	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie centrale	2,18	0,67	4,43	1,79	1,61	1,57	1,40
HS13	5	T	Savoir organiser et anticiper son travail	2,20	0,84	5,40	0,89	2,40	2,20	1,00
HO9	5	C	Transmettre les données pertinentes à l'équipe multidisciplinaire	2,20	0,45	5,20	1,64	2,40	2,33	1,75
HH1	51	S	Effectuer correctement les soins de plaies selon la prescription	2,20	0,68	4,39	1,82	1,67	1,59	1,50
HC4	56	E	Adapter la mobilisation au patient	2,21	0,56	5,43	1,65	1,82	1,80	1,80
HE2	18	S	Effectuer les soins liés à une sonde vésicale	2,22	0,65	4,28	2,14	1,72	1,72	1,67
HQ4	17	C	Planifier et organiser des soins extra-muros	2,24	0,90	4,71	2,47	1,76	1,75	1,57
HS11	12	L	Vérifier l'état de fonctionnement des machines et autres matériels	2,25	0,87	4,33	1,97	1,83	1,75	1,29

HC3	23	S	Gérer le premier lever du patient.	2,25	0,44	4,90	2,02	1,80	1,60	1,67
HPI	84	C	Transmettre les données concernant le patient par écrit et oralement	2,25	0,67	4,61	1,86	1,82	1,75	1,50
HJI	79	E	Préparer et administrer les médicaments	2,25	0,67	4,44	2,00	1,73	1,61	1,55
HI4	51	S	Évaluer les différents cathéters et apporter les soins requis	2,27	0,74	4,23	1,68	1,73	1,64	1,30
HK7	64	T	Prévenir les infections, sur base des principes de l'hygiène	2,28	0,68	4,52	1,75	1,75	1,69	1,53
HD1	58	E	Observer les besoins et les apports alimentaires et hydriques	2,29	0,68	5,26	1,86	1,86	1,73	1,89
HK11	17	T	Respecter les principes d'hygiène hospitalière spécifiques à la dialyse	2,29	0,85	4,53	1,59	1,82	1,71	1,21
HI9	38	E	Réaliser les soins prescrits au cathéter de dialyse	2,30	0,85	4,92	2,13	1,78	1,73	1,63
HK1	31	S	Évaluer le risque d'escarre	2,31	0,60	4,45	2,06	1,66	1,68	1,79
HK3	56	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes	2,34	0,64	4,96	2,05	1,95	1,79	1,77
HJ5	34	E	Administrer une solution médicamenteuse via le circuit de dialyse	2,38	0,74	4,38	2,07	1,74	1,62	1,46
HJ2	99	E	Observer les effets attendus d'un traitement	2,39	0,64	4,77	1,88	1,93	1,79	1,61
HI3	17	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie artérielle	2,40	0,74	4,80	2,08	1,79	1,80	1,54
HG22	12	E	Réaliser une glycémie et adapter les interventions en conséquence	2,42	0,67	4,25	1,82	1,67	1,67	1,38
HO7	27	C	Prévoir des réunions multidisciplinaires et y participer	2,42	0,86	4,73	1,85	2,19	1,95	1,50
HG23	12	E	Réaliser et interpréter une hémoculture	2,55	0,93	4,45	2,02	1,82	1,73	1,25
HJ4	17	E	Administrer les médicaments spécifiques à la dialyse	2,59	0,80	4,47	2,07	1,76	1,71	1,70

Tableau 5.16 Troisième cluster en hémodialyse : compétences complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
HH6	6	S	Effectuer les soins liés à une stomie	2,00	0,71	6,00	2,12	2,00	1,80	2,20
HK12	12	E	Prévenir l'ankylose du bras (côté dialysé)	2,18	0,40	5,55	1,44	1,82	1,82	1,91
HG27	10	E	Réagir de façon appropriée par rapport aux crampes du patient dialysé	2,20	0,92	5,80	1,93	1,90	2,00	1,90
HL27	12	C	Expliquer au patient le lien entre restriction hydrique et quantité d'urine	2,25	0,75	6,08	1,83	2,17	2,10	2,17
HC7	20	C	Conseiller le patient pour la mobilisation	2,32	0,48	5,32	2,21	1,79	1,82	2,00
HM15	21	T	Faire preuve d'empathie	2,33	0,73	6,10	1,73	2,19	2,21	2,43
HM18	6	C	Bâtir une relation de confiance avec un patient chronique	2,33	0,82	5,83	2,14	1,83	2,00	2,33
HL13	23	C	Éduquer le patient aux règles d'hygiène	2,35	0,57	6,57	1,59	2,13	1,95	2,65
HA4	50	C	Stimuler le patient à l'autonomie	2,35	0,85	5,43	1,96	1,83	1,78	2,02
HM4	84	C	Bâtir une relation de confiance avec le patient	2,39	0,66	5,83	1,96	2,06	2,04	2,22

HO8	21	C	Participer à la prise de décision en accord multidisciplinaire	2,40	0,99	5,05	1,70	2,20	2,06	1,57
HA3	38	C	Aider le patient à supporter sa dépendance	2,42	0,65	5,97	2,09	1,84	1,97	2,32
HL8	12	C	Utiliser des outils didactiques pour l'éducation du patient	2,42	0,79	6,83	2,29	2,42	2,56	2,73
HG4	46	E	Reconnaître les symptômes d'hypo- et hyper-glycémie et réagir	2,42	0,75	5,20	1,83	1,91	1,89	1,64
HF11	21	E	Observer et interpréter les paramètres biologiques	2,43	0,68	5,29	1,68	2,19	2,00	1,47
HO3	78	C	Communiquer le vécu du patient pour adapter les soins	2,44	0,77	5,63	1,96	2,12	2,06	1,94
HM9	72	C	Impliquer les proches du patient	2,44	0,69	5,90	1,73	2,03	1,98	2,17
HK2	67	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention	2,45	0,69	5,40	2,02	2,09	1,92	1,92
HM5	78	E	Estimer les besoins et nécessités du patient	2,45	0,73	5,90	1,86	2,15	1,95	2,12
HN1	84	T	Respecter les opinions et les convictions du patient	2,46	0,88	5,80	2,09	2,02	2,02	2,18
HL28	32	C	Éduquer le patient à respecter la restriction hydrique	2,47	0,57	6,59	1,62	2,38	2,12	2,56
HF2	84	S	Observer les paramètres vitaux et physiques	2,48	0,63	5,30	1,88	2,11	1,94	1,63
HF1	79	S	Collecter les éléments liés à l'anamnèse	2,48	0,70	5,42	1,85	2,14	1,88	1,85
HM19	6	E	Identifier les besoins psychosociaux du patient dialysé	2,50	0,84	6,50	2,26	2,17	2,20	2,50
HL3	72	C	Encourager le patient à demander des explications	2,50	0,69	6,31	1,93	2,11	2,05	2,49
HF6	6	E	Évaluer les complications possibles liées à un accident à la campagne	2,50	0,55	5,33	2,50	2,00	2,00	2,00
HL24	9	C	Informar et éduquer le patient concernant les modifications de l'élimination	2,50	0,53	7,00	2,07	2,50	2,33	2,75
HL33	6	C	Informar les patients concernant leurs droits sociaux	2,50	1,05	5,00	1,67	1,83	1,60	1,83
HK13	12	E	Prévenir les plaies des pieds des patients diabétiques	2,50	0,67	6,42	1,08	2,25	2,00	2,17
HG1	73	E	Planifier les soins	2,51	0,70	5,36	1,96	2,09	1,89	1,75
HM10	78	C	Communiquer avec le patient et la famille	2,52	0,66	6,22	1,85	2,17	2,13	2,34
HM12	78	C	Soutenir les membres de la famille	2,52	0,78	6,20	1,78	2,13	2,11	2,29
HM6	84	C	Défendre les intérêts du patient	2,52	0,79	5,87	1,90	2,21	2,10	2,01
HG31	17	E	Utiliser un protocole de dialyse	2,53	0,87	5,12	2,15	2,12	1,93	1,69
HL32	33	C	Éduquer le patient concernant les soins liés à la fistule artério-veineuse	2,53	0,80	6,31	1,97	2,22	1,96	2,50
HO1	84	C	Travailler en équipe intra- et interdisciplinaire	2,54	0,75	5,51	2,12	2,18	2,06	1,86
HG32	13	S	Assister à la mise en place d'un cathéter de dialyse	2,54	0,88	4,69	2,25	1,69	1,85	1,88
HK9	22	E	Connaître les risques liés à la dialyse et savoir les prévenir	2,55	0,91	5,77	2,22	2,23	2,20	1,79
HM11	78	C	Être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic	2,55	0,75	6,10	1,75	2,10	2,11	2,27
HO5	84	T	Connaître ses propres compétences et limites	2,55	0,70	5,33	1,88	2,15	1,96	1,77

HG3	78	S	Effectuer une prise de sang veineuse	2,55	0,76	5,07	1,94	2,09	1,88	1,51
HO10	7	E	Reconnaître la demande en soins du patient	2,57	0,98	5,57	2,07	1,86	1,71	2,00
HK26	7	S	Connaître et appliquer les différentes mesures d'isolement	2,57	0,53	4,71	2,06	2,00	1,86	1,50
HG2	65	E	Planifier les soins en tenant compte de la continuité des soins	2,57	0,56	5,92	2,03	2,25	2,12	2,04
HR4	25	T	Être capable de remettre en question ses connaissances	2,58	0,72	5,38	1,74	2,54	2,28	1,80
HG11	89	E	Utiliser un appareil de Dialyse	2,58	0,82	4,84	1,97	1,99	1,89	1,61
HG17	29	X	Brancher le patient au dialyseur	2,59	0,73	4,62	2,21	1,76	1,79	1,82
HH4	57	S	Observer et soigner les plaies	2,59	0,74	5,16	1,99	2,02	1,91	1,75
HM1	84	E	Intégrer les aspects psychosociaux dans les soins infirmiers	2,60	0,68	6,17	1,80	2,18	2,16	2,22
HL23	5	C	Impliquer la famille dans le traitement du patient	2,60	0,89	6,60	2,51	2,40	2,25	2,40
HL4	67	C	Informé le patient concernant l'éducation à l'autonomie	2,60	0,61	6,57	1,75	2,25	2,16	2,50
HI7	6	E	Manipuler une fistule artério-veineuse	2,60	0,89	5,00	2,83	1,83	1,67	1,80
HT1	5	T	Prendre le patient en charge de manière holistique	2,60	0,89	6,60	2,61	2,40	2,25	2,40
HK22	5	E	Prévenir le risque d'hypervolémie	2,60	0,55	5,80	0,84	2,20	2,00	2,00
HR2	84	T	Mettre ses connaissances à jour	2,62	0,78	5,60	1,79	2,39	2,25	1,75
HLI7	17	C	Communiquer avec des personnes d'origine étrangère	2,63	0,89	5,81	2,34	2,20	2,17	2,27
HG26	12	E	Établir des priorités	2,67	0,78	6,17	1,59	2,50	2,30	1,75
HG24	6	T	Gérer ses émotions en situation critique	2,67	1,21	5,60	3,05	1,80	2,00	2,25
HK19	6	E	Prévenir les crampes liées à la dialyse	2,67	0,82	6,33	2,16	2,00	2,17	2,17
HJ12	12	E	Adapter les doses d'insuline aux glycémies	2,67	0,78	4,83	2,25	1,92	1,92	2,00
HII3	6	X	Connecter un patient via fistule ou cathéter	2,67	0,52	5,33	2,42	2,17	2,17	2,00
HG29	6	E	Élaborer et réévaluer un plan de soins	2,67	0,82	6,33	1,63	2,33	2,50	2,33
HK18	15	E	Estimer le risque d'hypotension	2,67	0,62	6,27	1,28	2,33	2,07	1,87
HE4	6	E	Évaluer les symptômes d'une baisse de tension artérielle	2,67	0,52	6,00	2,68	2,17	2,33	2,25
HG13	29	E	Réaliser les soins de post-dialyse	2,68	0,77	4,93	2,07	1,90	1,76	1,68
HO2	78	C	Organiser et coordonner les soins en équipe intra- et interdisciplinaire	2,68	0,83	5,74	2,03	2,21	2,12	1,83
HH2	34	E	Juger si le traitement prescrit de la plaie est souhaitable	2,69	0,54	5,69	1,99	2,34	2,16	1,74
HII0	18	X	Gérer les complications liées au cathéter de dialyse	2,71	0,77	5,76	2,75	2,12	2,12	2,17
HJ8	7	X	Préparer le dialysa et l'adapter en fonction du patient	2,71	0,95	4,86	2,54	2,00	1,86	1,75
HM20	18	C	Connaître le réseau social du patient	2,72	0,83	6,67	2,17	2,28	2,18	2,33

HG7	84	E	Effectuer les soins spécifiques qui correspondent aux besoins du patient	2,73	0,73	6,17	1,94	2,24	2,16	1,94
HG6	29	X	Réaliser un monitoring cardiaque et en faire la surveillance	2,74	0,81	5,44	2,36	2,07	1,96	1,90
HG8	67	E	Juger de l'opportunité de modifier les soins	2,74	0,66	6,48	1,80	2,31	2,16	2,11
HF3	78	E	Observer les paramètres spécifiques à la dialyse	2,74	0,78	5,56	1,78	2,23	2,04	1,68
HL5	73	C	Encourager le patient à suivre son traitement	2,75	0,77	6,83	1,82	2,41	2,22	2,63
HJ10	12	X	Connaître et observer les effets secondaires liés au traitement de dialyse	2,75	0,87	4,83	2,55	1,92	1,75	2,00
HJ6	18	E	Connaissance de la composition du liquide de dialyse	2,78	0,88	5,17	2,43	2,06	1,94	1,75
HM7	73	E	Évaluer la perception du patient de sa maladie	2,78	0,67	6,27	1,92	2,24	2,15	2,27
HR1	78	T	Participer aux projets pour la qualité des soins	2,81	0,73	6,03	1,77	2,48	2,45	1,85
HI8	11	X	Ponctionner une fistule artério-veineuse et fixer adéquatement le matériel	2,82	0,75	6,00	2,05	2,18	2,18	2,25
HJ9	12	E	Connaître les interactions entre dialyse et traitement	2,83	0,83	4,92	2,15	2,08	1,83	1,71
HG16	12	E	Réaliser une hémodialyse et une dialyse péritonéale	2,83	0,72	5,58	2,87	2,17	2,08	2,29
HL29	6	E	Connaître le fonctionnement de la dialyse	2,83	0,75	5,00	2,45	2,00	1,83	1,75
HM14	6	T	Respecter le patient dans son caractère de malade chronique	2,83	1,17	6,50	2,66	2,17	2,40	2,33
HM17	6	C	Soutenir le patient et ses proches suite à l'annonce de maladie incurable	2,83	0,75	6,17	2,32	2,33	2,25	2,33
HO4	67	X	Coacher d'autres professionnels	2,85	0,94	6,13	2,04	2,46	2,41	1,93
HK14	16	X	Estimer le risque de thrombose de la fistule ou du cathéter	2,88	0,72	5,38	1,31	2,31	2,21	1,38
HK21	11	E	Prévenir l'endommagement de la fistule pour les patients agités	2,91	0,94	6,27	2,53	2,09	2,18	2,20
HI5	58	E	Juger de l'indication d'un traitement intraveineux	2,91	0,76	6,02	1,98	2,39	2,15	1,98
HJ3	99	X	Interpréter les effets inattendus d'un traitement et réagir adéquatement	2,93	0,76	6,21	2,06	2,41	2,27	1,95
HG25	61	X	Ponctionner et apporter les soins liés à la fistule artério-veineuse	2,93	0,89	6,17	1,91	2,47	2,32	1,69
HO6	84	X	Gérer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs	2,96	0,84	6,06	2,00	2,38	2,28	1,80
HH3	40	E	Choisir le meilleur traitement pour les plaies	2,97	0,72	6,29	2,23	2,59	2,47	1,93
HK17	6	E	Évaluer le risque de crise émotionnelle	3,00	0,89	6,17	1,72	2,33	2,33	2,67
HK15	15	X	Évaluer le risque de sténose de la fistule	3,00	0,65	6,20	1,42	2,53	2,27	1,75
HL30	6	C	Informier le patient concernant la CVVH	3,00	0,89	5,83	3,13	1,83	2,00	2,00
HK20	6	E	Prévenir les complications chez le patient immunodéprimé	3,00	0,63	6,33	2,42	2,17	2,17	2,00
HG12	35	X	Gérer les complications de la dialyse	3,06	0,76	6,03	2,28	2,40	2,23	2,13
HJ7	12	X	Gérer le traitement anticoagulant	3,09	0,83	5,83	2,86	2,25	2,17	2,13
HR3	84	T	Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	3,14	0,89	5,95	1,97	2,60	2,54	1,89

HF4	6	E	Évaluer l'état général du patient par rapport à la dialyse	3,17	0,75	5,83	2,32	2,50	2,17	1,75
HG28	12	L	Résoudre les pannes mineures des appareils de dialyse	3,18	0,98	5,82	1,25	2,55	2,18	1,71
HG5	12	X	Réaliser un ECG et interpréter les résultats	3,18	0,87	6,00	2,57	2,27	2,00	2,11
HK23	5	E	Prévenir le risque de coagulation dans l'appareillage de dialyse	3,20	0,84	5,00	1,22	2,40	2,00	1,00
HO11	6	X	Gérer la CVVH	3,20	0,84	5,80	3,27	2,20	2,20	2,33

Tableau 5.17 Quatrième cluster en hémodialyse : compétences très complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
HL19	6	C	Informé concernant les traitements de l'insuffisance rénale terminale	2,67	0,52	7,67	1,51	2,83	2,40	2,83
HL22	9	C	Informé et éduqué le patient concernant les traitements	2,75	0,46	7,13	1,64	2,50	2,33	2,88
HL6	47	C	Informé le patient concernant son régime et la restriction hydrique	2,76	0,67	7,02	1,72	2,52	2,37	2,70
HL1	78	C	Informé le patient (et/ou sa famille)	2,82	0,72	7,01	1,75	2,40	2,34	2,60
HL2	78	C	Aviser le patient sur les adaptations dans sa manière de vivre	2,83	0,70	6,88	1,70	2,33	2,28	2,61
HL20	6	C	Informé le patient concernant les adaptations de style de vie	2,83	0,98	7,17	1,17	2,67	2,00	2,83
HL15	6	C	Informé le patient concernant les avantages liés à l'auto dialyse	2,83	0,75	6,83	2,40	2,67	2,75	2,33
HM2	84	E	Évaluer la nécessité de communiquer avec le patient concernant sa maladie	2,87	0,81	6,73	1,73	2,39	2,29	2,48
HL16	16	E	Connaître les mécanismes de compliance du patient	3,00	0,73	8,00	1,26	2,75	2,53	2,88
HK16	6	E	Évaluer le risque d'œdème aigu du poumon (OAP) et d'hyperkaliémie	3,00	0,89	6,50	0,55	2,50	2,17	1,83
HL7	6	C	Éduquer le patient à la réalisation des soins et à l'interprétation des résultats	3,00	0,63	8,00	2,00	2,83	3,00	2,67
HL12	6	E	Fixer des objectifs pour l'éducation du patient	3,17	0,75	7,33	1,97	2,83	2,75	2,67
HL18	6	C	Négocier le plan de soins avec le patient	3,17	0,75	7,33	1,37	2,67	2,20	2,83
HL31	5	C	Éduquer le patient concernant la dialyse à l'étranger	3,20	0,84	6,80	1,92	2,20	2,20	2,40
HG30	11	E	Pratiquer les interventions d'urgence et de réanimation adéquates	3,27	0,65	6,82	1,78	2,64	2,55	1,64
HL21	12	C	Assister la famille concernant la prise en charge d'un patient dément	3,33	0,49	7,25	1,54	2,67	2,56	2,67
HF8	6	X	Gérer une situation d'urgence	3,33	0,52	6,33	2,34	2,50	2,50	2,00
HJ11	6	E	Gestion adaptée des procédures	3,33	0,82	6,00	2,68	2,50	2,33	2,33
HG33	5	X	Effectuer une dialyse en urgence	3,40	0,89	7,00	2,24	2,60	2,60	1,80

9.5 CLUSTERS DU SERVICE DE SOINS INTENSIFS

Id_comp	code de la compétence
N	Nombre d'évaluation pour la compétence
grp_act	group d'activité
Libellé de la compétence	libellé résumé de la compétence
Complexité globale Mean	Moyenne de la complexité Globale
Complexité globale SD	Déviati on standard de la Complexité Globale
Complexité des 3 dimensions Mean	Moyenne de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Complexité des 3 dimensions SD	Déviati on standard de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Dimension cognitive Mean	Moyenne de la dimension cognitive de la complexité
Dimension cognitive SD	Déviati on standard de la dimension cognitive de la complexité
Dimension psycho-motrice Mean	Moyenne de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-motrice SD	Déviati on standard de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-affective Mean	Moyenne de la dimension psycho-affective de la complexité
Dimension psycho-affective SD	Déviati on standard de la dimension psycho-affective de la complexité
Group d'activité	<p>L : activités logistique et administratives</p> <p>S : exécution de soins simples et ou standardisable</p> <p>E : exécution de soins nécessitant un jugement clinique (observations; évaluation et prévention)</p> <p>C : communication (autant interprofessionnelle que vis à vis du patient et de la famille), information et éducation du patient et de la famille</p> <p>X : activités nécessitant des compétences d'expertise et de jugement clinique - réflexion - soins spécialisés</p> <p>T : attitudes et comportement professionnel (ergonomique, déontologique, hygiénique, ...)</p>

Tableau 5.18 Premier cluster aux soins intensifs : compétences non complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
IS10	24	L	Ranger la chambre du patient	1,36	0,73	2,91	1,16	1,13	1,04	0,74
IA5	25	S	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	1,39	0,50	4,22	1,59	1,26	1,26	1,70
ID21	5	S	Connaître et appliquer le plan de soins standard pour l'alimentation entérale	1,40	0,55	2,60	0,55	1,00	1,00	0,60
IS8	5	L	Contrôler et ranger le matériel	1,40	0,55	2,60	0,55	1,00	1,00	0,60
ID20	5	S	Gérer le débit de la pompe d'alimentation entérale	1,40	0,55	3,00	0,71	1,20	1,00	0,80
ID6	5	S	Utiliser une pompe à gavage	1,40	0,55	3,20	0,45	1,40	1,00	0,80
IP8	8	L	Assurer les tâches administratives	1,50	0,76	3,38	1,41	1,38	1,13	0,88
IS3	93	L	Vérifier le chariot de soins	1,51	0,83	3,05	1,57	1,30	1,13	0,62
ID2	15	S	Créer un climat agréable pendant les repas	1,54	0,66	3,57	1,65	1,14	1,00	1,43
IK19	5	S	Protéger la peau en cas de diarrhée	1,60	0,55	3,60	0,89	1,40	1,00	1,20
IP4	64	L	Classer les résultats des examens effectués	1,63	0,97	3,28	1,82	1,38	1,16	0,74
IP7	83	L	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	1,65	0,90	3,39	1,78	1,41	1,21	0,76
IP6	93	L	Commander du matériel	1,66	0,88	3,39	1,65	1,39	1,16	0,84
IP5	93	L	Commander les médicaments	1,70	0,95	3,32	1,61	1,38	1,13	0,80
IS7	15	L	Vérification de routine du matériel présent dans la chambre	1,73	0,70	3,33	1,35	1,47	1,07	0,80

Tableau 5.19 Deuxième cluster aux soins intensifs : compétences peu complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
IH99	10	S	Surveiller les ponctions de cathéter et réaliser les pansements	1,67	0,50	3,78	1,39	1,56	1,44	0,78
IP3	82	L	Préparer les demandes d'examens médicaux	1,72	0,90	3,44	1,65	1,44	1,17	0,83
IP11	14	L	Réaliser les tâches administratives lors de l'admission	1,79	0,80	3,36	1,78	1,36	1,21	0,79
ID11	5	S	Collaborer avec la diététicienne	1,80	0,84	4,60	3,05	1,40	1,60	1,60
IS5	5	S	Collaborer avec les services logistiques	1,80	0,84	3,60	1,52	1,40	1,20	1,00
IMI4	5	S	Effectuer les soins en tenant compte de l'intimité du patient	1,80	0,45	4,60	1,82	1,40	1,60	1,60
IE5	16	S	Évaluer le transit intestinal du patient	1,80	1,08	3,80	2,46	1,40	1,33	1,07
IA12	10	S	Évaluer les téguments du patient	1,80	0,79	4,30	1,25	1,70	1,30	1,30

IJ14	10	E	Gestion des médicaments dans une pompe à perfusion	1,80	1,03	4,20	1,99	1,70	1,40	1,10
IE4	10	S	Placer et ôter une sonde vésicale	1,80	0,79	3,90	1,37	1,40	1,50	1,00
IE7	10	S	Utiliser le matériel d'incontinence	1,80	0,92	3,60	1,17	1,10	1,10	1,40
IS2	83	L	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	1,80	0,93	3,46	1,78	1,50	1,29	0,68
II1	66	S	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	1,82	0,92	3,58	1,70	1,46	1,23	0,89
IP2	63	L	Planifier les examens médicaux	1,82	0,90	3,97	2,07	1,56	1,31	1,10
IM8	94	T	Garantir le secret professionnel	1,83	1,04	4,12	2,26	1,50	1,32	1,30
ID4	20	S	Gérer les soins liés à une sonde gastrique	1,83	0,92	4,22	2,13	1,61	1,50	1,11
IG23	25	E	Réaliser et interpréter la glycémie	1,84	0,69	3,88	1,51	1,52	1,24	1,12
IQ3	35	L	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	1,84	0,92	3,45	1,82	1,42	1,12	0,91
IK4	94	S	Inspecter les téguments	1,86	0,81	3,73	1,75	1,52	1,27	0,95
IK5	89	S	Reconnaître les signes d'escarre	1,86	0,81	3,67	1,65	1,51	1,22	0,94
II2	73	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie centrale	1,88	0,90	3,86	1,66	1,56	1,38	0,93
IC1	94	T	Travailler de manière ergonomique	1,89	0,89	4,19	1,77	1,54	1,49	1,16
IF4	40	E	Réaliser un bilan hydrique	1,93	0,94	3,75	1,74	1,50	1,38	0,88
II3	84	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie artérielle	1,93	0,92	3,93	1,84	1,59	1,41	0,93
IE2	89	S	Effectuer les soins liés à une sonde vésicale	1,93	0,92	3,99	1,85	1,55	1,45	0,99
II6	36	E	Utiliser les pompes et pousse seringues	1,94	0,94	3,77	1,35	1,57	1,34	0,86
IP9	18	L	Gestion de tâches administratives diverses	1,94	0,87	3,83	1,79	1,61	1,33	0,89
IS1	63	E	Gérer le transport du patient	1,95	0,88	4,15	1,81	1,59	1,46	1,10
II18	5	E	Monitorer le patient à partir des observations du cathéter artériel	2,00	0,71	4,40	0,89	1,80	1,60	1,00
IB6	5	S	Appliquer du matériel de contention en assurant la surveillance requise	2,00	0,82	4,75	1,71	1,75	1,50	1,50
ID12	5	S	Connaître les signes de déficit alimentaire et hydrique	2,00	1,00	4,60	2,07	1,80	1,60	1,20
IA7	10	S	Effectuer la toilette mortuaire d'un défunt	2,00	0,82	4,90	2,13	1,60	1,60	1,70
IE15	5	E	Évaluer la pertinence du placement d'une sonde vésicale	2,00	1,00	3,00	0,00	1,20	0,80	1,00
ID7	5	E	Évaluer les capacités du patient à déglutir correctement	2,00	1,22	5,00	2,55	1,60	1,80	1,60
II4	89	S	Évaluer les différents cathéters et apporter les soins requis	2,00	0,88	4,06	1,68	1,72	1,45	0,89
IC3	35	S	Gérer le premier lever du patient.	2,00	0,87	4,91	2,01	1,67	1,61	1,64
IT1	5	T	Gérer son stress en situation d'urgence vitale	2,00	1,00	4,60	2,07	1,40	1,60	1,60
IE1	82	S	Gestion d'un schéma mictionnel et fécal normal ou anormal	2,00	0,78	4,09	1,77	1,70	1,40	0,99

IH8	31	E	Observer et réaliser les soins relatifs aux différents drains	2,00	0,93	4,06	1,86	1,58	1,42	1,06
IB9	5	S	Offrir des repères spatio-temporels au patient	2,00	1,00	5,00	2,65	1,60	1,60	1,80
II7	16	S	Placer un cathéter dans une veine périphérique	2,00	1,10	4,50	2,68	1,63	1,63	1,25
IC8	10	S	Positionner le patient en fonction des actes à prester	2,00	0,87	4,56	1,13	1,78	1,78	1,00
IP12	5	L	Réaliser l'importance d'une bonne administration	2,00	1,22	3,60	1,52	1,60	1,20	0,80
IE8	5	S	Réaliser un prélèvement urinaire via une sonde vésicale	2,00	0,71	2,80	0,84	1,40	1,20	0,20
IK6	94	T	Respecter les principes d'hygiène hospitalière	2,00	0,86	3,91	1,87	1,58	1,38	0,96
IG50	5	S	Retirer une sonde vésicale	2,00	1,00	4,40	2,41	1,80	1,40	1,20
IH1	73	S	Effectuer correctement les soins de plaies selon la prescription	2,01	0,91	4,53	1,97	1,70	1,62	1,22
IK3	69	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes	2,03	0,89	4,25	2,06	1,64	1,45	1,16
IB1	84	S	Aider le patient à adopter une position confortable	2,04	0,89	4,77	1,91	1,67	1,64	1,46
ID1	53	E	Observer les besoins et les apports alimentaires et hydriques	2,06	0,87	4,94	1,95	1,82	1,50	1,62
IK18	15	S	Appliquer les mesures préventives prévues au protocole	2,07	0,96	3,67	1,63	1,60	1,20	0,87
IS4	15	E	Détecter un problème avec le matériel de soins	2,07	0,83	4,07	1,14	1,64	1,64	0,79
IK7	84	T	Prévenir les infections, sur base des principes de l'hygiène	2,07	0,88	4,11	1,95	1,68	1,46	0,96
IH5	43	S	Utiliser le matériel de pansement adéquat	2,07	0,95	4,62	2,14	1,76	1,69	1,17
IA1	94	S	Effectuer les soins d'hygiène	2,08	0,81	4,81	1,72	1,70	1,63	1,47
IK1	94	S	Évaluer le risque d'escarre	2,10	0,89	4,13	1,90	1,68	1,45	1,00
IG44	15	S	Placer une sonde gastrique	2,13	0,99	4,60	1,64	1,73	1,47	1,40
IE3	37	S	Effectuer un rinçage manuel ou continu de la vessie	2,15	0,83	4,52	1,97	1,73	1,58	1,21
IK2	94	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention	2,16	0,92	4,28	1,79	1,81	1,54	0,94
IH4	74	S	Observer et soigner les plaies	2,19	0,86	4,58	1,94	1,85	1,64	1,08
IG3	94	S	Effectuer une prise de sang veineuse	2,19	0,84	4,53	1,81	1,83	1,66	1,04
IJ12	5	E	Administrer des médicaments par sonde gastrique	2,20	1,10	3,80	0,84	1,60	1,20	1,00
IC12	5	S	Connaître les principes de mobilisation passive	2,20	0,84	4,60	1,34	1,40	1,60	1,60
IE14	5	S	Évaluer le péristaltisme	2,20	0,45	4,20	0,84	1,60	1,60	1,00
IQ5	10	E	Évaluer les besoins de soins à domicile	2,20	0,63	4,40	1,43	1,70	1,30	1,40
IB7	5	C	Impliquer d'autres soignants pour occuper le patient	2,20	1,30	4,60	1,82	1,40	1,40	1,80
IK17	5	C	Informer le patient au sujet de la prévention des crevasses	2,20	1,10	3,40	1,14	1,20	1,00	1,20
IJ7	5	C	Informer le patient au sujet des traitements prescrits	2,20	0,45	4,20	1,64	1,80	1,00	1,40

IA11	10	S	Laver les cheveux	2,20	0,79	4,10	1,37	1,60	1,40	1,10
IK21	5	S	Mobiliser un patient qui doit avoir une position semi assise	2,20	0,84	4,20	0,84	2,00	1,20	1,00
IE12	5	S	Observer les fonctions d'élimination	2,20	1,10	4,00	1,73	1,60	1,20	1,20
IK20	5	S	Positionner adéquatement le patient ventilé et sous alimentation entérale	2,20	0,84	4,60	1,67	1,80	1,60	1,20
IJ6	5	E	Utiliser le matériel adéquat pour administrer les médicaments	2,20	0,45	3,60	1,14	1,80	1,20	0,60
ID3	44	E	Initier et surveiller une alimentation entérale ou parentérale	2,21	0,92	4,46	2,09	1,73	1,59	1,15
IG4	89	E	Reconnaître les symptômes d'hypo- et hyper-glycémie et réagir	2,26	0,87	4,52	1,96	1,88	1,54	1,09
ID9	15	S	Administrer l'alimentation entérale par sonde gastrique	2,27	0,88	4,07	1,53	1,67	1,47	0,93
IE13	15	S	Observer la diurèse	2,29	0,91	4,07	1,79	1,87	1,33	0,87
II13	10	E	Administrer une transfusion sanguine	2,30	0,95	4,60	1,78	1,80	1,80	1,00
II10	10	S	Assister les médecins lors du placement de différents cathéters	2,30	0,67	4,10	1,66	1,80	1,40	0,90
IG13	56	S	Réaliser une prise de sang artériel via un cathéter	2,38	0,80	4,31	1,62	1,85	1,53	0,93
IF7	35	E	Calibrer correctement les appareils de mesure et pouvoir régler les alarmes	2,38	0,89	4,09	1,60	1,76	1,53	0,79
II11	10	S	Manipuler stérilement le matériel de perfusion	2,40	0,84	4,10	1,66	1,80	1,40	0,90
IE11	15	S	Adapter la gestion hydrique en fonction de la diurèse	2,40	0,63	4,07	1,10	1,80	1,53	0,73
IG51	5	E	Administrer l'oxygène adéquatement en fonction des paramètres	2,40	0,55	3,80	1,64	1,80	1,20	0,80
IK12	5	S	Appliquer les principes de stérilité	2,40	0,55	3,40	1,52	1,60	1,20	0,60
IF22	5	E	Identifier les problèmes infirmiers	2,40	1,14	4,40	1,95	2,00	1,20	1,20
ID15	15	S	Observer le résidu gastrique	2,40	0,83	4,07	1,62	1,80	1,33	0,93
IG41	5	S	Réaliser des soins liés à une sonde gastrique	2,40	0,55	4,20	1,64	2,00	1,20	1,00

Tableau 5.20 Troisième cluster aux soins intensifs : compétences complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
IC5	43	C	Stimuler le patient à la mobilisation	1,98	0,87	5,24	1,81	1,60	1,60	2,05
IM21	5	E	Collaborer au placement d'un conjoint dément	2,00	1,00	5,80	2,05	1,80	1,80	2,20
IM17	5	C	Communiquer avec empathie	2,00	1,00	5,20	1,64	1,60	1,60	2,00
IM18	4	C	Communiquer de manière non verbale avec le patient	2,00	0,82	5,25	1,50	1,50	1,50	2,25
IL20	5	C	Expliquer le régime de manière compréhensible	2,00	1,00	5,60	1,52	2,00	1,00	2,60
IB2	38	C	Soutenir le patient dans l'organisation appropriée des activités	2,03	0,97	5,17	2,01	1,67	1,58	1,92

IK8	9	S	Prévenir les complications liées à la position du patient	2,11	0,60	5,00	1,32	1,78	1,78	1,44
IL3	59	C	Encourager le patient à demander des explications	2,12	0,89	5,58	2,05	1,72	1,61	2,25
IA2	40	S	Effectuer les soins sans confronter le patient à sa dépendance	2,13	0,84	5,29	1,87	1,79	1,71	1,79
IA4	39	C	Stimuler le patient à l'autonomie	2,14	0,83	5,76	1,85	1,78	1,70	2,27
IC7	6	S	Éviter et prévenir les positions vicieuses	2,17	1,17	5,33	2,58	2,00	1,83	1,50
IR2	88	T	Mettre ses connaissances à jour	2,17	0,96	5,10	2,34	1,79	1,67	1,64
IC2	84	S	Mobiliser le patient d'une façon confortable	2,19	0,88	4,94	1,87	1,79	1,71	1,44
IF11	5	E	Connaître et assurer la surveillance et le suivi post-opératoire immédiat	2,20	1,10	4,80	3,03	1,80	1,60	1,40
IJ15	5	E	Interpréter et rechercher les effets secondaires des traitements	2,20	0,45	5,00	0,71	2,40	1,40	1,20
IQ11	5	C	Soutenir le patient anxieux lors du départ du service	2,20	0,45	6,00	1,22	1,60	2,00	2,40
IM3	94	T	Être à l'écoute	2,21	0,98	5,44	2,15	1,65	1,70	2,09
ID8	10	E	Identifier les signes pour une reprise d'une alimentation	2,22	0,97	4,89	2,15	1,78	1,67	1,44
IC6	27	S	Mobiliser le patient en utilisant les moyens à disposition	2,22	0,97	4,96	2,17	1,85	1,70	1,41
IC4	78	E	Adapter la mobilisation au patient	2,24	0,92	5,48	1,82	1,84	1,85	1,79
ID17	5	S	Connaître les principes d'allaitement	2,25	0,50	4,75	2,06	1,50	1,50	1,75
IL14	5	C	Éduquer la maman lors de la mise au sein	2,25	0,50	5,75	1,26	2,00	1,75	2,00
IG9	55	S	Prendre des mesures afin d'améliorer le rythme de sommeil	2,27	1,00	5,35	1,97	1,78	1,67	1,90
IQ2	29	C	Informer le patient concernant les soins à domicile	2,29	0,94	5,00	1,81	1,79	1,54	1,68
INI	64	T	Respecter les opinions et les convictions du patient	2,29	0,95	5,37	1,89	1,73	1,57	2,06
IG12	11	X	Surveiller un patient porteur d'un drainage thoracique	2,30	0,95	5,50	1,78	2,10	1,90	1,50
IA3	43	C	Aider le patient à supporter sa dépendance	2,31	0,95	5,85	1,94	1,90	1,82	2,13
IB4	30	S	Utiliser à bon escient le matériel de positionnement	2,32	0,90	4,89	1,93	1,86	1,82	1,21
IA9	15	E	Adapter les soins d'hygiène en fonction de l'état critique de la situation	2,33	0,98	5,40	1,88	2,20	1,67	1,53
IF3	15	E	Observer adéquatement l'évolution de la situation du patient	2,36	0,63	5,07	0,47	2,14	1,71	1,21
IH2	79	E	Juger si le traitement prescrit de la plaie est souhaitable	2,36	0,98	4,78	1,84	1,97	1,69	1,12
IL5	28	C	Encourager le patient à suivre son traitement	2,37	0,88	5,70	1,79	1,78	1,41	2,52
IQ1	44	E	Orienter le patient vers les structures de soins appropriées	2,38	0,87	5,41	1,96	1,98	1,59	1,85
IR1	84	T	Participer aux projets pour la qualité des soins	2,39	1,02	5,74	2,06	2,06	1,94	1,74
IB12	5	C	Communiquer avec le patient ventilé conscient	2,40	1,14	6,40	1,67	1,80	2,20	2,40
IG52	5	S	Connaître le cheminement clinique en fonction des interventions	2,40	0,55	5,40	1,67	2,40	2,00	1,00
III4	5	E	Connaître les complications liées à l'héparine	2,40	1,14	4,60	1,52	2,00	1,40	1,20
IL19	5	C	Expliquer au patient l'importance d'une bonne position	2,40	0,89	5,80	1,64	2,00	1,60	2,20
IJ17	5	C	Impliquer le patient lors de la préparation des médicaments	2,40	0,89	6,40	2,30	2,40	1,80	2,20

IF20	5	E	Observer un patient qui présente un delirium à l'aide d'une échelle	2,40	0,89	4,60	2,41	1,80	1,40	1,40
IH11	5	E	Prévenir les plaies pour les patients sous corticothérapie	2,40	1,14	5,40	2,51	1,80	1,80	1,80
IA10	5	S	Réaliser les soins oculaires	2,40	0,55	5,20	1,30	2,40	1,60	1,20
IQ8	10	C	Transmettre les informations correctes entre unités lors d'un transfert	2,40	0,84	5,20	1,93	1,90	1,70	1,60
IL17	5	E	Utiliser les moyens disponibles pour communiquer avec le patient intubé	2,40	1,14	6,40	1,82	2,00	2,00	2,40
IJ1	94	E	Préparer et administrer les médicaments	2,41	0,95	4,80	1,87	2,02	1,73	1,04
IF5	32	E	Réaliser un bilan neurologique et suivre l'état neurologique	2,42	0,92	4,72	1,85	1,97	1,56	1,19
IO3	79	C	Communiquer le vécu du patient pour adapter les soins	2,42	0,88	5,59	1,96	1,87	1,77	1,95
IP1	114	C	Transmettre les données concernant le patient par écrit et oralement	2,43	0,85	5,06	1,99	1,93	1,76	1,37
IF1	89	S	Collecter les éléments liés à l'anamnèse	2,44	0,84	5,17	1,73	2,01	1,66	1,49
IG19	9	X	Surveiller un patient sous monitoring cardiaque invasif	2,44	0,53	5,33	1,73	2,22	1,89	1,22
IO5	88	T	Connaître ses propres compétences et limites	2,45	0,99	5,61	2,15	1,94	1,82	1,85
IM9	69	C	Impliquer les proches du patient	2,46	0,98	5,67	2,10	1,78	1,75	2,14
IF21	45	E	Évaluer et interpréter les signes de douleur	2,47	0,84	5,82	1,97	2,07	1,89	1,87
IA6	20	S	Effectuer les soins d'hygiène et soins annexes	2,47	0,77	5,53	1,61	1,95	2,11	1,47
IM6	89	C	Défendre les intérêts du patient	2,49	1,01	5,74	2,05	1,93	1,76	2,05
IO9	10	C	Communiquer, déléguer et s'entraider.	2,50	0,71	5,10	2,47	1,60	1,70	1,80
IH6	9	E	Effectuer des soins liés à une stomie	2,50	0,93	6,00	1,69	2,13	2,38	1,50
IL4	38	C	Informer le patient concernant l'éducation à l'autonomie	2,50	0,90	6,00	2,15	1,97	1,62	2,41
II5	81	E	Juger de l'indication d'un traitement intraveineux	2,50	0,89	5,14	1,78	2,14	1,76	1,24
II9	20	E	Manipuler différents cathéters	2,50	0,83	4,45	1,82	2,00	1,50	0,95
IJ2	94	E	Observer les effets attendus d'un traitement	2,51	0,83	4,97	1,78	2,10	1,70	1,17
IM4	70	C	Bâtir une relation de confiance avec le patient	2,52	0,97	5,81	2,05	1,75	1,84	2,22
IO2	94	C	Organiser et coordonner les soins en équipe intra- et interdisciplinaire	2,53	0,85	5,65	1,92	1,99	1,90	1,75
IG6	94	X	Réaliser un monitoring cardiaque et en faire la surveillance	2,53	0,87	4,90	1,72	2,05	1,75	1,10
IO1	94	C	Travailler en équipe intra- et interdisciplinaire	2,53	0,89	5,54	1,94	1,95	1,87	1,72
IM5	79	E	Estimer les besoins et nécessités du patient	2,53	0,90	5,97	1,90	2,00	1,91	2,06
IG17	15	S	Assister le médecin pour la réalisation d'actes techniques	2,53	0,83	5,20	1,74	2,07	1,80	1,33
IH7	15	E	Identifier toute cicatrisation ou évolution de plaie anormale	2,53	0,64	5,13	2,00	1,93	1,87	1,33
IMI6	34	C	Recommander des personnes ressources pour un soutien à la famille	2,53	0,97	5,58	2,06	2,06	1,65	1,87
IMI	89	E	Intégrer les aspects psychosociaux dans les soins infirmiers	2,55	0,84	5,97	1,90	1,96	1,85	2,16
IH3	68	E	Choisir le meilleur traitement pour les plaies	2,55	0,86	5,04	1,86	2,18	1,81	1,06
IB3	39	S	Positionner adéquatement le patient en tenant compte de son état	2,55	0,83	5,45	1,75	2,08	1,89	1,47

IK14	10	S	Appliquer les mesures d'isolement	2,56	0,53	4,89	1,76	1,89	1,56	1,44
IG8	58	E	Juger de l'opportunité de modifier les soins	2,56	0,76	5,84	1,71	2,16	1,91	1,76
IG1	64	E	Planifier les soins	2,58	0,83	5,52	1,76	2,19	1,88	1,45
IL1	70	C	Informé le patient (et/ou sa famille)	2,59	0,81	6,19	1,81	2,07	1,84	2,28
IG2	79	E	Planifier les soins en tenant compte de la continuité des soins	2,59	0,87	5,39	1,86	2,13	1,91	1,35
IG18	5	X	Surveiller et apporter des soins adéquats à un patient sous dialyse rénale	2,60	0,89	6,00	2,12	2,40	2,00	1,60
IJ18	5	E	Adapter le traitement anti-douleur en fonction du patient	2,60	0,55	5,60	1,82	2,20	1,60	1,80
IL2	60	C	Aviser le patient sur les adaptations dans sa manière de vivre	2,60	0,91	6,22	1,92	2,05	1,76	2,40
IO17	5	S	Faire appel à un interprète ou un médiateur interculturel	2,60	1,52	6,00	2,24	2,20	1,80	2,00
IL15	5	C	Informé la famille concernant la procédure lors d'un décès d'un proche	2,60	0,89	6,00	2,12	2,00	2,00	2,00
IQ4	5	C	Informé le patient et sa famille de la suite de l'hospitalisation	2,60	0,55	5,20	1,48	1,60	1,60	2,00
IE10	5	X	Interpréter la diurèse comme le résultat potentiel d'un choc hémodynamique	2,60	0,55	4,60	1,34	2,20	2,00	0,40
IG49	15	E	Poser un moniteur cardiaque et interpréter les valeurs	2,60	0,91	4,80	1,97	2,20	1,53	1,07
IQ10	5	E	Prendre des mesures pour garantir la continuité des soins lors de la sortie	2,60	0,55	4,80	1,92	2,00	1,80	1,00
IH9	10	E	Réaliser des soins de plaies complexes de manière stérile	2,60	0,70	4,50	2,46	1,90	1,60	1,00
ID13	20	E	Réaliser et interpréter un bilan hydrique	2,60	0,88	4,70	1,66	2,05	1,60	1,05
IA8	20	S	Réaliser les soins de bouche	2,60	0,82	5,15	1,79	2,00	1,80	1,35
IJ16	5	E	Suivre les effets de l'arrêt du cédocard	2,60	0,55	5,40	0,55	2,40	1,60	1,40
IG7	89	E	Effectuer les soins spécifiques qui correspondent aux besoins du patient	2,61	0,84	5,94	1,75	2,28	2,06	1,61
IG10	25	E	Planifier les soins en fonction des priorités	2,63	0,82	6,17	1,99	2,29	2,21	1,67
IM10	89	C	Communiquer avec le patient et la famille	2,66	0,92	6,22	1,93	1,97	1,95	2,30
IM12	94	C	Soutenir les membres de la famille	2,66	0,90	6,24	1,92	1,93	1,96	2,36
IMI1	94	C	Être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic	2,66	0,87	6,33	1,90	2,03	1,92	2,38
IG11	30	X	Surveiller et apporter les soins adéquats à un patient intubé et ventilé	2,68	0,86	5,82	1,81	2,11	2,14	1,57
IM7	65	E	Évaluer la perception du patient de sa maladie	2,69	0,94	6,03	2,13	2,10	1,85	2,08
IR3	78	T	Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	2,69	0,84	5,77	2,07	2,24	1,99	1,54
IG5	83	X	Réaliser un ECG et interpréter les résultats	2,70	0,87	4,86	1,76	2,13	1,73	1,01
IR5	10	T	Participer à des recherches scientifiques	2,70	1,25	5,60	2,32	2,40	1,80	1,40
IN2	10	C	Soutenir la famille dans leur démarche spirituelle	2,70	1,16	5,80	2,10	2,00	1,80	2,00
IF2	94	S	Observer les paramètres vitaux et physiques	2,71	0,83	5,12	1,60	2,23	1,75	1,14
IL12	15	C	Expliquer les gestes techniques pour éviter l'anxiété	2,71	0,73	6,07	2,13	1,93	1,79	2,36
IF13	15	E	Évaluer les paramètres relevés	2,73	0,70	4,73	1,39	2,27	1,73	0,73
IF10	4	E	Évaluer le bon fonctionnement d'un pacemaker	2,75	0,50	6,00	0,82	2,50	2,50	1,00

IJ5	19	E	Organiser l'administration de plusieurs médicaments en parallèle	2,78	0,73	5,44	1,10	2,44	2,00	1,00
IG20	15	E	Effectuer des soins liés à un tube endotrachéal	2,79	0,70	5,57	1,87	2,21	1,93	1,43
IK11	5	S	Utiliser adéquatement le matériel de contention	2,80	0,84	5,60	2,61	2,20	1,80	1,60
IL6	5	C	Communiquer de manière non verbale avec le patient	2,80	0,84	6,20	2,77	2,00	1,80	2,40
IS6	5	E	Connaître les besoins lors du transport d'un patient	2,80	0,84	4,80	1,64	2,00	1,80	1,00
IC10	15	E	Évaluer les possibilités de mobilisation du patient	2,80	0,94	5,13	2,29	2,13	1,67	1,33
IC15	5	E	Gérer la douleur lors de la mobilisation	2,80	0,84	6,00	1,22	2,40	1,80	1,80
IG34	5	T	Gérer ses émotions en cas de situation critique	2,80	0,84	4,40	1,67	1,40	1,80	1,20
IL11	5	C	Informer le patient et les proches concernant la contention	2,80	0,84	5,80	2,39	2,20	1,80	1,80
IA13	5	E	Réaliser des soins de bouche complexes	2,80	1,10	6,00	2,55	2,00	2,20	1,80
ID22	5	E	Savoir à quel moment débiter une alimentation parentérale	2,80	1,30	5,00	2,55	2,20	1,60	1,20
IM15	35	C	Écouter la famille et l'informer de l'évolution de l'état clinique	2,88	0,81	6,35	1,55	2,03	1,94	2,38
IK10	10	E	Prévenir les différentes infections liées aux tubes et cathéters	2,90	0,57	5,10	1,73	2,30	1,80	1,00
IG32	20	E	Effectuer les soins aux patients intubés	2,95	0,76	5,75	1,80	2,30	2,10	1,35
IJ3	89	X	Interpréter les effets inattendus d'un traitement et réagir adéquatement	2,97	0,73	5,77	1,67	2,44	2,09	1,24
IG40	5	X	Monitorer le drainage ventriculaire externe (EVD)	3,00	1,00	5,20	1,30	2,40	2,00	0,80
IG43	5	E	Assistance aux examens du patient ventilé	3,00	0,71	5,80	1,48	2,40	2,00	1,40
IF8	30	E	Connaître les différents principes de ventilation artificielle	3,00	0,86	5,54	2,12	2,14	2,11	1,29
II17	5	E	Connaître les effets secondaires liés à la gestion d'un cathéter central	3,00	0,71	5,60	1,67	2,60	1,80	1,20
IJ8	5	E	Connaître les ordres permanents concernant les médicaments particuliers	3,00	1,00	5,00	2,35	2,00	2,00	1,00
ID14	5	E	Estimer la nécessité de garder un patient à jeun	3,00	1,15	4,75	2,22	2,00	1,50	1,25
IJ4	16	X	Évaluer la pertinence du traitement du patient	3,00	0,85	5,80	1,70	2,40	2,07	1,33
IF30	10	E	Évaluer l'évolution des paramètres biologiques du patient	3,00	0,82	5,80	1,75	2,70	1,60	1,50
IH10	5	S	Prélever stérilement un échantillon de plaie	3,00	0,71	5,80	2,17	2,20	2,00	1,60
IG31	20	E	Monitorer le patient, observer les paramètres et savoir réagir adéquatement	3,05	0,76	5,55	1,39	2,45	1,85	1,25
IF6	21	E	Évaluer et interpréter les paramètres du respirateur	3,05	0,71	5,95	1,58	2,47	2,26	1,21
ID16	5	E	Évaluer l'état nutritionnel du patient inconscient	3,20	0,84	4,80	1,30	2,40	1,60	0,80
IG26	5	E	Réaliser une prise de sang via un cathéter de swann ganz	3,20	1,30	5,40	2,30	2,40	1,80	1,20
ID23	20	E	Surveillance active des paramètres	3,25	0,55	5,35	1,42	2,30	1,85	1,20

Tableau 5.21 Quatrième cluster aux soins intensifs : compétences très complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
IO6	78	X	Gérer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs	2,76	1,00	6,77	2,05	2,29	2,21	2,27
IL18	5	E	Aider le patient à s'exprimer	2,80	1,10	6,80	1,64	1,80	2,60	2,40
IO4	78	X	Coacher d'autres professionnels	2,83	0,99	6,70	2,04	2,26	2,17	2,27
IM2	63	E	Évaluer la nécessité de communiquer avec le patient concernant sa maladie	2,84	0,84	6,61	1,76	2,10	2,03	2,48
IQ9	5	C	Concertation concernant le placement du patient	3,00	1,41	6,50	2,38	2,25	2,00	2,25
IO16	5	C	Être assertif vis à vis des autres professionnels	3,00	0,71	6,40	1,52	2,40	2,20	1,80
IO10	5	C	Organiser le travail en équipe et déléguer	3,00	0,82	7,75	1,89	2,25	2,75	2,75
IG15	35	E	Initier une réanimation cardio-pulmonaire	3,03	0,89	6,11	1,73	2,40	2,31	1,40
IF29	10	X	Évaluer le patient sur base de l'anamnèse	3,10	0,57	7,00	1,25	2,60	2,10	2,30
IL7	20	C	Informar la famille sur l'état critique du patient	3,15	0,75	7,05	1,54	2,35	2,20	2,50
IM20	5	C	Communication d'un décès aux membres de la famille	3,20	0,84	7,20	1,79	2,20	2,20	2,80
IJ11	5	E	connaître les interactions médicamenteuses	3,20	0,84	6,00	2,24	2,60	2,00	1,40
IG42	15	X	Soigner un patient trachéotomisé et ventilé	3,20	0,77	6,60	1,72	2,53	2,27	1,80
IF17	5	X	Surveiller et évaluer un patient sous monitoring cardiaque invasif	3,20	0,45	7,00	1,58	3,00	2,40	1,60
IF26	5	X	Connaître les signes de prééclampsie et réagir adéquatement	3,25	0,50	5,75	2,06	2,50	2,25	1,00
IR6	4	X	Évaluer le feedback d'une situation d'urgence	3,25	0,50	8,25	1,50	2,75	2,75	2,75
IK16	10	E	Prévenir les complications potentielles	3,30	0,48	5,80	1,55	2,40	2,30	1,10
IO12	10	C	Gérer une concertation multidisciplinaire	3,30	0,82	6,70	1,77	2,60	2,20	1,90
IF15	10	X	Réagir en cas de situation critique	3,30	0,67	5,90	1,79	2,60	2,20	1,10
IF25	10	X	Réaliser une évaluation clinique du patient inconscient	3,30	0,67	6,10	1,52	2,40	2,10	1,60
IG33	20	X	Surveiller un patient sous ventilation artificielle	3,35	0,67	6,65	1,79	2,65	2,45	1,55
IG48	10	X	Connaître et observer les mesures de sevrage lors de la ventilation artificielle	3,40	0,84	7,00	1,70	2,70	2,10	2,20
IF31	5	X	Évaluer la sédation du patient	3,40	0,55	7,00	1,87	2,80	2,20	2,00
IG39	5	X	Monitorer la pression intra crânienne (ICP)	3,40	0,55	6,20	1,64	2,80	2,20	1,20
IG47	10	X	Observer et aider au sevrage lors de la ventilation artificielle	3,40	0,70	7,10	2,02	2,70	2,40	2,00
IF27	5	X	Reconnaître les situations de choc et réagir adéquatement	3,40	0,55	5,80	1,79	2,60	2,40	0,80
IB10	5	S	Prévenir les perturbations du biorythme	3,50	0,58	6,75	0,96	2,50	2,00	2,25
I18	5	E	Manipuler et gérer un cathéter de Swann Ganz	3,60	0,55	6,80	2,39	2,60	2,40	1,80
IL13	5	C	Communiquer avec le patient inconscient	3,80	0,45	7,60	1,52	2,60	2,60	2,40

9.6 CLUSTERS DU SERVICE D'URGENCES

Id_comp	code de la compétence
N	Nombre d'évaluation pour la compétence
grp_act	group d'activité
Libellé de la compétence	libellé résumé de la compétence
Complexité globale Mean	Moyenne de la complexité Globale
Complexité globale SD	Déviati on standard de la Complexité Globale
Complexité des 3 dimensions Mean	Moyenne de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Complexité des 3 dimensions SD	Déviati on standard de la somme des trois dimensions de la complexité (Cognitive + Psycho-motrice + Psycho-affective)
Dimension cognitive Mean	Moyenne de la dimension cognitive de la complexité
Dimension cognitive SD	Déviati on standard de la dimension cognitive de la complexité
Dimension psycho-motrice Mean	Moyenne de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-motrice SD	Déviati on standard de la dimension psycho-motrice de la complexité
Dimension psycho-affective Mean	Moyenne de la dimension psycho-affective de la complexité
Dimension psycho-affective SD	Déviati on standard de la dimension psycho-affective de la complexité
Group d'activité	<p>L : activités logistique et administratives</p> <p>S : exécution de soins simples et ou standardisable</p> <p>E : exécution de soins nécessitant un jugement clinique (observations; évaluation et prévention)</p> <p>C : communication (autant interprofessionnelle que vis à vis du patient et de la famille), information et éducation du patient et de la famille</p> <p>X : activités nécessitant des compétences d'expertise et de jugement clinique - réflexion - soins spécialisés</p> <p>T : attitudes et comportement professionnel (ergonomique, déontologique, hygiénique, ...)</p>

Tableau 5.22 Premier cluster aux urgences : compétences non complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
US5	10	L	Faire appel à l'équipe d'entretien	1,22	0,44	2,44	0,88	1,00	1,13	1,00
UE4	14	S	Apporter au patient une aide de soutien lors de l'élimination	1,23	0,44	3,07	1,07	1,08	1,08	1,21
UP9	9	L	Gérer les données informatiques	1,38	0,52	2,00	0,93	1,00	1,17	1,00
UQ6	9	L	Transmettre des informations administratives	1,38	0,52	2,63	0,74	1,00	1,00	1,14
UB3	13	S	Positionner le patient pour la réalisation d'un acte médical	1,38	0,51	4,15	1,34	1,31	1,38	1,58
UE5	19	S	Réaliser des prélèvements urinaires ou fécaux	1,39	0,50	3,42	1,12	1,11	1,16	1,38
US3	63	L	Vérifier le chariot de soins	1,39	0,53	2,44	1,12	1,12	1,15	1,27
UG15	5	S	Assister le patient à maintenir sa température dans les limites de la normale	1,40	0,55	3,60	0,55	1,20	1,40	1,25
UP8	32	L	Facturer les médicaments et le matériel	1,41	0,56	2,44	1,37	1,13	1,29	1,22
UP5	66	L	Commander les médicaments	1,45	0,56	2,68	1,34	1,14	1,17	1,27
UP6	66	L	Commander du matériel	1,46	0,56	2,78	1,51	1,19	1,22	1,35
UF3	13	S	Évaluer le statut de vaccination du patient	1,46	0,52	3,23	1,36	1,15	1,30	1,40
US6	4	L	Commander les repas	1,50	0,58	2,75	2,22	1,50	1,50	2,00
UG13	5	S	Effectuer une prise de sang sur cathéter périphérique	1,50	0,58	3,25	0,50	1,00	1,00	1,25
UF22	6	S	Observer et évaluer les urines et les selles du patient	1,50	0,55	3,83	1,47	1,50	1,33	1,50
UG17	5	S	Réaliser la surveillance d'un point de ponction artériel	1,50	0,58	2,75	2,06	1,25	1,00	2,00
UH12	9	S	Réaliser un pansement de cathéter	1,50	0,53	3,22	1,39	1,33	1,22	1,20
UP4	72	L	Classer les résultats des examens effectués	1,51	0,56	2,86	1,34	1,30	1,20	1,30
UA5	51	S	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	1,51	0,58	3,76	1,41	1,30	1,25	1,42
US1	75	L	Gérer le transport du patient	1,55	0,60	3,15	1,37	1,25	1,23	1,22
UM8	84	T	Garantir le secret professionnel	1,58	0,66	3,14	1,69	1,24	1,29	1,48
US2	33	L	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	1,58	0,56	2,74	1,26	1,29	1,22	1,33
UH8	13	L	Préparer le matériel nécessaire à une suture	1,62	0,51	3,15	1,41	1,38	1,31	1,20
UG19	13	S	Préparer un patient en vue d'une opération	1,62	0,65	3,62	1,19	1,23	1,23	1,67
UJ5	8	S	Effectuer une vaccination	1,63	0,52	3,38	0,92	1,13	1,25	1,33
UO10	3	C	Réaliser un rapport lors du transfert du patient	1,67	0,58	2,33	0,58	1,33	1,00	1,00
UD11	6	S	Aide au repas	1,67	0,52	4,00	1,67	1,17	1,33	1,50
UD10	6	S	Évaluer la réhydratation du patient	1,67	0,82	4,00	2,19	1,40	1,33	1,80

UH99	6	S	Réaliser un bandage	1,67	0,52	3,67	1,63	1,33	1,50	1,25
UP7	77	L	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	1,68	0,72	2,90	1,54	1,33	1,30	1,30
UJ7	16	E	Administrer correctement une oxygénothérapie	1,69	0,48	3,63	1,71	1,50	1,54	1,40
UH10	13	S	Assister le médecin à la réalisation de la suture	1,69	0,48	3,08	1,12	1,23	1,15	1,29
UH9	7	S	Assister le médecin lors de la suture d'une plaie	1,71	0,49	3,14	1,07	1,29	1,14	1,00
UP2	72	L	Planifier les examens médicaux	1,71	0,64	3,44	1,57	1,49	1,35	1,31
UH7	7	L	Préparer le matériel pour une suture de plaie	1,71	0,49	2,86	0,90	1,29	1,14	1,00
UH77	18	S	Désinfecter un champ	1,72	0,46	3,28	1,56	1,41	1,41	1,38
UQ4	11	C	Réaliser une fiche de liaison	1,73	0,79	3,91	2,07	1,64	1,56	1,57
UM3	84	T	Être à l'écoute	1,75	0,58	3,87	1,61	1,24	1,43	1,69
UK3	36	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes	1,75	0,60	3,33	1,47	1,43	1,21	1,38
UI10	29	L	Préparer le matériel pour la mise en place d'un cathéter central ou artériel	1,75	0,44	3,36	1,47	1,44	1,39	1,45
UQ3	58	L	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	1,75	0,66	3,37	1,69	1,33	1,36	1,38
UI11	14	E	Connaître le fonctionnement des différentes pompes et pousses seringues	1,77	0,60	3,15	1,57	1,54	1,42	2,00
UC1	72	T	Travailler de manière ergonomique	1,77	0,76	3,69	1,74	1,42	1,45	1,46
UP3	77	L	Préparer les demandes d'examens médicaux	1,77	0,63	3,41	1,76	1,51	1,37	1,30
UI1	49	S	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	1,80	0,54	3,14	1,37	1,27	1,29	1,30
UL8	5	C	Éduquer à la prévention des complications liées au port d'un plâtre	1,80	0,45	3,80	1,30	1,60	1,00	1,80
UL9	5	C	Éduquer concernant l'utilisation de béquilles	1,80	0,84	3,40	1,82	1,40	1,50	2,33
UI12	5	S	Effectuer les pansements de perfusions adaptés à l'urgence	1,80	0,45	2,60	0,89	1,50	1,40	.
UD5	5	E	Évaluer la nécessité de maintenir un patient à jeun	1,80	0,45	3,80	0,84	1,60	1,20	1,00
UK11	5	E	Prévenir les complications liées au port d'un plâtre	1,80	0,45	3,60	1,82	1,40	1,00	2,00
UK6	72	T	Respecter les principes d'hygiène hospitalière	1,80	0,60	3,32	1,45	1,53	1,34	1,46
UH5	27	S	Utiliser le matériel de pansement adéquat	1,81	0,49	3,69	1,29	1,62	1,50	1,36
UK4	61	S	Inspecter les téguments	1,81	0,54	3,51	1,44	1,47	1,33	1,43
UI2	29	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie centrale	1,82	0,55	3,71	1,72	1,46	1,57	1,46
UE1	55	S	Gestion d'un schéma mictionnel et fécal normal ou anormal	1,89	0,69	3,73	1,34	1,55	1,31	1,24
UI3	33	S	Effectuer les soins prescrits pour une voie artérielle	1,90	0,61	3,73	1,51	1,50	1,67	1,21
UK5	40	S	Reconnaître les signes d'escarre	1,92	0,59	3,57	1,48	1,57	1,35	1,50
UJ17	3	E	Connaître les contre indications des médicaments standards	2,00	1,00	3,33	1,15	2,33	1,50	.
UI16	3	E	Régler le débit d'une pompe à perfusion	2,00	0,00	3,00	1,00	1,67	1,00	1,00
UE8	5	S	Évaluer l'élimination fécale	2,00	0,71	3,00	1,00	1,40	1,20	1,00

Tableau 5.23 Deuxième cluster aux urgences : compétences peu complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
UE9	6	S	Utiliser le matériel d'incontinence adéquat	1,67	0,52	4,50	1,76	1,33	1,50	1,67
UA1	65	S	Effectuer les soins d'hygiène	1,75	0,69	4,43	1,91	1,48	1,49	1,68
UC9	5	E	Évaluer la stabilité du patient pour le lever	1,75	0,50	4,50	1,29	2,00	1,33	1,50
UA4	26	C	Stimuler le patient à l'autonomie	1,78	0,74	4,83	1,59	1,45	1,62	1,96
UG28	5	S	Assister lors de la mise en place d'un plâtre	1,80	0,45	4,20	1,64	1,20	1,40	2,00
UA2	28	S	Effectuer les soins sans confronter le patient à sa dépendance	1,80	0,87	4,56	1,64	1,48	1,38	1,76
UA3	18	C	Aider le patient à supporter sa dépendance	1,81	0,66	4,88	1,59	1,38	1,60	2,00
UC5	23	C	Stimuler le patient à la mobilisation	1,82	0,66	4,73	1,75	1,57	1,65	1,90
UC3	13	S	Gérer le premier lever du patient.	1,82	0,60	4,73	1,27	1,73	1,64	1,50
UD2	19	S	Créer un climat agréable pendant les repas	1,82	0,53	4,41	1,46	1,29	1,53	1,76
UC2	71	S	Mobiliser le patient d'une façon confortable	1,83	0,74	4,23	1,66	1,48	1,51	1,52
UB1	67	S	Aider le patient à adopter une position confortable	1,83	0,83	4,27	1,57	1,56	1,46	1,53
US4	6	L	Commander une ambulance	1,83	0,41	4,17	1,83	1,67	1,60	1,75
UH11	7	S	Préparer une plaie avant suture	1,86	0,38	4,71	1,38	1,57	1,57	1,57
UC4	47	E	Adapter la mobilisation au patient	1,87	0,69	4,61	1,60	1,43	1,63	1,69
UH1	46	S	Effectuer correctement les soins de plaies selon la prescription	1,89	0,49	3,84	1,41	1,44	1,40	1,41
UI9	29	S	Assister le médecin à la mise en place de cathéter	1,89	0,69	3,96	1,64	1,61	1,50	1,33
UF4	30	S	Évaluer la douleur du patient	1,90	0,67	4,52	1,55	1,62	1,60	1,63
UF12	11	S	Surveiller les pouls périphériques aux niveaux des extrémités	1,91	0,70	4,45	1,75	1,64	1,73	1,33
UE2	39	S	Effectuer les soins liés à une sonde vésicale	1,92	0,65	3,95	1,45	1,43	1,41	1,41
UG9	32	S	Prendre des mesures afin d'améliorer le rythme de sommeil	1,93	0,66	4,61	1,40	1,57	1,46	1,63
UQ1	50	E	Orienter le patient vers les structures de soins appropriées	1,94	0,70	4,34	1,76	1,53	1,47	1,73
UF13	36	S	Placer un patient sous monitoring	1,97	0,77	3,75	1,76	1,58	1,42	1,29
UJ12	14	E	Administrer des médicaments via un pousse seringue	2,00	0,68	3,64	1,78	1,57	1,43	1,29
UJ18	9	E	Chercher des informations concernant un nouveau traitement	2,00	0,50	4,00	2,00	1,67	1,33	1,80
UK2	45	E	Évaluer la nécessité des mesures de prévention	2,00	0,72	3,75	1,57	1,59	1,39	1,42
UG10	11	E	Prendre en charge la douleur	2,00	0,77	4,55	1,21	1,55	1,45	1,55
UH122	7	E	Réaliser une suture à la colle	2,00	0,00	5,43	1,51	1,86	2,00	1,83
UB2	29	C	Soutenir le patient dans l'organisation appropriée des activités	2,00	0,65	5,45	1,45	1,62	1,70	2,32

UF30	5	S	Connaitre les effets de l'alcool sur le comportement du patient	2,00	0,71	4,20	1,30	1,80	1,20	1,20
UF17	5	S	Évaluer la perspiration du patient	2,00	0,71	4,00	2,00	2,00	2,33	1,50
UB5	4	S	Adapter les soins de confort au patient	2,00	0,82	4,50	1,00	1,50	1,25	1,75
UN4	3	T	Appréhender la vision du patient de manière respectueuse	2,00	1,00	4,67	1,15	1,67	1,50	2,00
UG47	3	S	Assister lors de la ventilation d'un patient via un ambu	2,00	0,00	4,00	1,73	1,33	1,67	1,50
UG29	14	S	Contrôler la glycémie	2,00	0,68	3,93	1,44	1,71	1,36	1,33
UL6	9	C	Encourager l'autonomie du patient et de la prise en charge de sa maladie	2,00	0,82	5,43	0,79	1,71	1,50	2,43
UJ16	3	S	Évaluer l'effet d'un traitement antidouleur	2,00	1,00	4,00	1,00	1,67	1,33	1,50
UM9	66	C	Impliquer les proches du patient	2,00	0,65	4,68	1,84	1,49	1,49	2,05
UI8	5	S	Mettre en place un système réchauffeur de perfusion	2,00	0,71	4,60	1,67	1,60	1,80	2,00
UG25	5	S	Placer et manipuler une sonde gastrique	2,00	0,00	3,80	1,10	1,50	2,00	1,00
UE7	34	S	Placer une sonde vésicale selon les principes d'hygiène et de stérilité	2,00	0,66	4,39	1,41	1,52	1,70	1,50
UQ5	6	C	Prendre contact avec d'autres institutions de soins pour le suivi du patient	2,00	0,89	5,50	1,52	2,00	2,00	2,20
UG20	24	S	Préparer et assister le médecin lors d'une intubation	2,00	0,66	4,13	1,42	1,67	1,58	1,50
UK9	5	S	Prévenir les complications liées à l'immobilité et à l'alitement	2,00	0,71	4,60	1,34	2,00	1,40	1,50
UG21	18	S	Réaliser des prélèvements pour mise en culture	2,00	0,49	3,83	1,29	1,50	1,44	1,45
UG40	6	S	Réaliser un prélèvement sanguin capillaire	2,00	0,63	4,00	1,67	1,50	1,33	1,40
UE10	6	S	Réaliser un prélèvement urinaire via une sonde vésicale	2,00	0,63	4,17	1,83	1,67	1,33	1,75
UE12	3	S	Réaliser un sondage vésical résiduel	2,00	0,00	4,33	2,08	1,67	1,33	2,00
UO7	5	C	Solliciter des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire	2,00	0,71	5,00	1,22	1,80	1,50	2,00
UQ2	40	C	Informé le patient concernant les soins à domicile	2,03	0,71	4,54	1,64	1,67	1,52	1,68
UK1	40	S	Évaluer le risque d'escarre	2,03	0,59	3,84	1,70	1,61	1,47	1,32
UK7	61	T	Prévenir les infections, sur base des principes de l'hygiène	2,03	0,71	3,56	1,60	1,67	1,39	1,50
UL3	58	C	Encourager le patient à demander des explications	2,03	0,67	4,78	1,49	1,50	1,51	2,21
UH4	41	S	Observer et soigner les plaies	2,05	0,69	3,97	1,74	1,74	1,61	1,37
UI6	56	S	Mettre en place un cathéter périphérique	2,05	0,64	3,89	1,49	1,43	1,64	1,28
UM4	65	C	Bâtir une relation de confiance avec le patient	2,06	0,73	4,47	1,63	1,45	1,59	1,97
UF19	16	S	Évaluer la diurèse horaire d'un patient	2,06	0,77	3,69	1,66	1,75	1,53	1,33
UL4	30	C	Informé le patient concernant l'éducation à l'autonomie	2,07	0,54	4,89	1,45	1,67	1,45	2,25
UL5	56	C	Encourager le patient à suivre son traitement	2,08	0,76	5,29	1,60	1,60	1,62	2,35
UD1	39	E	Observer les besoins et les apports alimentaires et hydriques	2,08	0,75	4,63	1,70	1,66	1,48	1,73
UG16	11	E	Planifier les soins avec une vision d'ensemble de l'anamnèse du patient	2,09	0,83	4,64	2,11	1,82	1,70	1,56
UM5	78	E	Estimer les besoins et nécessités du patient	2,11	0,73	4,36	1,64	1,66	1,49	1,73

UN1	57	T	Respecter les opinions et les convictions du patient	2,11	0,80	4,68	1,97	1,59	1,58	2,04
UPI	84	C	Transmettre les données concernant le patient par écrit et oralement	2,12	0,75	3,94	1,63	1,63	1,46	1,36
UO3	70	C	Communiquer le vécu du patient pour adapter les soins	2,12	0,73	4,58	1,92	1,73	1,67	1,82
UI7	25	E	Régler un débit de perfusion en fonction de l'état hémodynamique	2,12	0,60	3,88	1,39	1,96	1,50	1,20
UG11	8	X	Placer une minerve et en faire la surveillance	2,13	0,64	4,63	1,92	1,50	1,75	1,83
UM1	73	E	Intégrer les aspects psychosociaux dans les soins infirmiers	2,13	0,64	5,14	1,38	1,67	1,63	2,03
UG35	8	E	Administrer une transfusion sanguine	2,14	0,69	4,57	1,99	2,14	1,71	1,25
UF6	7	X	Évaluer la pertinence d'une sédation chez l'enfant	2,14	0,69	4,43	2,07	1,71	1,83	2,00
UO1	84	C	Travailler en équipe intra- et interdisciplinaire	2,14	0,78	4,43	1,78	1,72	1,59	1,56
UR2	81	T	Mettre ses connaissances à jour	2,15	0,77	4,16	1,90	1,78	1,65	1,67
UH3	19	E	Choisir le meilleur traitement pour les plaies	2,16	0,69	3,74	1,69	1,79	1,44	1,38
UC8	19	S	Utiliser le matériel de relève ou de transfert de patient	2,16	0,83	4,58	1,57	1,68	1,74	1,57
UB6	6	E	Connaître les mesures pour traiter l'hyperthermie	2,17	0,98	4,17	1,60	1,67	1,40	1,60
UL17	6	X	Prendre en charge un patient confus et informer la famille	2,17	0,75	5,17	1,33	1,67	1,60	2,17
UG41	6	S	Réaliser un prélèvement sanguin via une voie centrale	2,17	0,98	4,00	1,67	1,67	1,33	1,20
UM10	78	C	Communiquer avec le patient et la famille	2,17	0,74	4,92	1,54	1,66	1,63	1,99
UO5	84	T	Connaître ses propres compétences et limites	2,17	0,72	4,20	1,93	1,65	1,59	1,72
UK10	16	S	Appliquer du matériel de contention et assurer la surveillance requise	2,19	0,66	4,44	1,50	1,67	1,75	1,50
UM12	73	C	Soutenir les membres de la famille	2,20	0,67	4,97	1,58	1,65	1,58	2,13
UL15	5	E	Connaître les mécanismes de compliance du patient	2,20	0,84	5,60	2,07	1,80	1,80	2,50
UF7	5	X	Surveiller un patient polytraumatisé et évaluer le risque d'hémorragie	2,20	0,84	4,20	1,79	1,80	1,75	1,67
UN3	5	X	Replacer la tentative de suicide dans le contexte de la vie du patient	2,20	0,84	5,60	2,30	2,25	1,75	2,40
UF11	5	E	Chercher l'information concernant la cinétique d'un accident	2,20	0,84	4,40	1,82	2,20	1,67	2,00
UE3	5	S	Effectuer un rinçage manuel ou continu de la vessie	2,20	0,45	4,40	1,52	1,80	1,80	1,33
UF10	5	X	Évaluer l'attitude à envisager lorsque le traitement présente un risque	2,20	0,45	4,00	1,41	2,00	1,50	1,33
UH2	12	E	Juger si le traitement prescrit de la plaie est souhaitable	2,20	0,79	4,10	1,52	2,10	1,38	1,50
UF20	5	E	Reconnaître les signes cliniques d'une détresse cardio-respiratoire	2,20	0,84	4,80	1,30	2,20	1,50	1,40
UF29	5	E	Reconnaître les symptômes de sevrage liés à l'alcool	2,20	0,84	4,80	2,17	1,80	2,00	1,25
UN2	5	T	Soigner avec équité le patient qui veut se suicider et qui échoue	2,20	0,84	5,00	2,35	1,75	2,00	2,40
UJ1	71	E	Préparer et administrer les médicaments	2,21	0,72	3,80	1,44	1,81	1,43	1,24
UM7	52	E	Évaluer la perception du patient de sa maladie	2,21	0,72	4,98	1,71	1,84	1,71	2,02
UL2	53	C	Aviser le patient sur les adaptations dans sa manière de vivre	2,22	0,65	5,32	1,53	1,74	1,68	2,29
UE6	9	E	Évaluer la nécessité de placer une sonde vésicale	2,22	0,83	3,89	1,62	1,78	1,38	1,60

UI4	43	S	Évaluer les différents cathéters et apporter les soins requis	2,23	0,63	3,90	1,73	1,86	1,51	1,41
UL1	65	C	Informier le patient (et/ou sa famille)	2,23	0,75	5,23	1,59	1,77	1,71	2,26
UF14	21	X	Surveiller un patient qui présente une hémorragie	2,24	0,70	4,90	1,51	2,10	1,90	1,75
UO2	79	C	Organiser et coordonner les soins en équipe intra- et interdisciplinaire	2,25	0,81	4,71	1,77	1,80	1,76	1,56
UG31	4	E	Savoir utiliser une voie artérielle et interpréter les valeurs	2,25	1,26	3,75	1,26	1,75	1,75	1,00
UD8	4	E	Adapter les entrées de liquide à l'état clinique	2,25	0,96	4,50	1,29	2,00	1,75	1,50
UG33	4	S	Connaître et appliquer les protocoles de non réanimation	2,25	0,96	3,25	1,89	1,50	1,25	2,00
US8	8	E	Évaluer le risque en cours du transport du patient	2,25	0,89	3,63	2,00	1,63	1,38	1,25
UF26	4	E	Observer et interpréter les paramètres atypiques	2,25	0,50	4,75	1,50	2,50	1,75	1,00
UD6	4	E	Prendre en charge un patient présentant des troubles de la déglutition	2,25	0,50	5,00	2,94	1,75	1,67	2,00
UG4	50	E	Reconnaître les symptômes d'hypo- et hyper-glycémie et réagir	2,25	0,67	4,35	1,54	1,96	1,57	1,34
UM11	60	C	Être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic	2,26	0,74	5,10	1,67	1,61	1,62	2,21
UG2	68	E	Planifier les soins en tenant compte de la continuité des soins	2,27	0,78	4,42	1,78	1,85	1,64	1,67
UF1	84	S	Collecter les éléments liés à l'anamnèse	2,27	0,78	4,95	1,69	1,89	1,64	1,68
UC7	18	S	Utiliser le matériel d'immobilisation (minerve et attelle)	2,28	0,57	4,39	1,46	1,50	1,72	1,62
UM2	64	E	Évaluer la nécessité de communiquer avec le patient concernant sa maladie	2,28	0,67	5,03	1,69	1,70	1,73	2,20
UM6	77	C	Défendre les intérêts du patient	2,29	0,79	4,93	1,78	1,87	1,82	1,89
UG3	66	S	Effectuer une prise de sang veineuse	2,31	0,83	4,31	1,59	1,88	1,60	1,44
UG8	39	E	Juger de l'opportunité de modifier les soins	2,32	0,77	5,08	1,91	1,92	1,63	1,76
UG6	44	X	Réaliser un monitoring cardiaque et en faire la surveillance	2,32	0,86	4,23	1,80	1,91	1,58	1,36
UF16	29	E	Réaliser un bilan hydrique	2,32	0,77	4,43	1,73	2,07	1,64	1,54
UG46	3	E	Réalisation d'une aspiration des voies respiratoires d'un patient intubé	2,33	0,58	4,67	2,89	1,67	2,00	1,50
UJ4	9	E	Reconnaître les indications et contre-indications d'un traitement	2,33	0,71	3,56	1,59	1,89	1,43	1,25
UI15	3	E	Utiliser une pompe à perfusion	2,33	0,58	3,33	2,31	1,33	1,33	2,00
UG49	3	S	Connaître et utiliser le respirateur de transport	2,33	0,58	4,33	2,52	2,00	1,67	2,00
UK13	3	S	Connaître les mesures de précaution pour les hépatites virales	2,33	0,58	4,00	2,00	1,67	1,67	2,00
UC10	3	S	Évaluer la mobilité du patient	2,33	0,58	4,00	2,00	1,67	1,33	1,50
UG51	3	S	Évaluer la nécessité de prélèvement d'hémoculture selon le protocole	2,33	0,58	3,33	2,31	1,67	1,50	2,00
UG50	3	S	Évaluer la quantité d'oxygène (dans une bombonne)	2,33	0,58	5,00	2,65	2,33	2,00	2,00
UH13	3	S	Observer et décrire les plaies	2,33	0,58	4,33	3,21	1,67	1,67	1,50
UJ2	64	E	Observer les effets attendus d'un traitement	2,37	0,77	4,44	1,55	2,10	1,58	1,45
UF2	79	S	Observer les paramètres vitaux et physiques	2,39	0,88	4,53	1,71	2,04	1,69	1,43
UD7	5	E	Administrer une alimentation parentérale	2,40	0,89	3,80	1,10	1,80	1,80	1,00

UJ13	5	E	Connaitre les interactions entre l'alcool et les médicaments	2,40	1,14	3,80	0,45	2,20	1,25	1,00
UG5	52	X	Réaliser un ECG et interpréter les résultats	2,41	0,85	4,51	1,45	2,08	1,67	1,26
UF24	9	S	Consulter le dossier du patient	2,44	0,53	3,44	1,59	1,78	1,33	1,50
UR5	15	E	Rechercher l'information sur une pathologie ou un traitement	2,47	0,92	4,20	2,46	2,21	1,67	2,00
UF25	4	S	Évaluer un score de risque de placement (VIP) à l'aide d'échelles	2,50	0,58	3,50	1,29	2,00	1,25	1,00

Tableau 5.24 Troisième cluster aux urgences : compétences complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
UO9	5	X	Réaliser une évaluation interdisciplinaire post réanimation	2,40	0,89	5,00	1,58	1,60	1,50	2,20
UG24	35	E	Assurer un transport médicalisé du patient	2,41	0,66	5,37	1,66	2,14	1,91	1,64
UG7	66	E	Effectuer les soins spécifiques qui correspondent aux besoins du patient	2,44	0,77	5,17	1,86	2,00	1,91	1,56
UR4	16	T	Évaluer ses compétences et se remettre en question	2,44	0,73	5,69	2,09	2,19	2,15	2,15
UG1	53	E	Planifier les soins	2,45	0,72	4,71	1,68	1,98	1,67	1,54
UF5	32	X	Évaluer le degré d'urgence et les risques sur base de l'anamnèse de triage	2,47	0,88	4,84	1,53	2,13	1,59	1,57
UO4	66	X	Coacher d'autres professionnels	2,48	0,80	5,89	1,95	2,10	2,05	2,11
UO6	77	X	Gérer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs	2,49	0,83	5,70	2,01	2,08	2,01	1,95
UL7	4	C	Informé le patient et son entourage par rapport à un isolement	2,50	0,58	5,25	2,22	2,25	1,50	2,25
UG32	4	X	Gestion des fonctions respiratoires	2,50	1,29	5,25	2,75	2,00	1,75	2,00
UG44	3	S	Réalisation d'un plâtre en collaboration avec le médecin	2,50	0,71	4,50	2,12	1,50	2,00	2,00
UR1	74	T	Participer aux projets pour la qualité des soins	2,53	0,85	5,14	1,99	2,08	2,07	1,78
UF15	16	E	Faire des liens entre les paramètres, les signes cliniques et l'anamnèse	2,53	0,92	4,80	1,66	2,33	1,69	1,50
UF8	21	E	Évaluer et interpréter la fonction neurologique	2,57	0,68	5,14	1,74	2,24	1,90	1,44
UJ10	5	X	Connaitre et appliquer les algorithmes de réanimation	2,60	0,89	5,60	1,34	2,60	2,20	2,00
UG26	5	X	Immobiliser ou participer à l'immobilisation des lésions osseuses	2,60	0,55	4,80	1,48	2,00	2,20	1,00
UF18	10	E	Observer et interpréter les pressions centrales et artérielles	2,60	0,70	4,80	1,81	2,40	1,89	1,40
UF21	5	E	Participer à l'interprétation d'une radiographie des poumons	2,60	0,89	5,80	1,64	2,80	2,50	1,25
UL11	8	C	Évaluer l'information reçue par la famille	2,63	0,74	6,13	1,46	1,88	1,75	2,50
UG18	11	E	Analyser et interpréter les résultats d'une gazométrie artérielle	2,64	0,67	4,36	1,63	2,09	1,70	1,33
UR6	3	E	Chercher des informations pertinentes sur internet	2,67	1,15	4,00	3,46	1,67	1,67	2,00
UJ19	3	E	Connaitre le dosage habituel des médicaments courants	2,67	0,58	4,67	3,06	2,33	1,67	2,00
UG42	6	E	Adapter les doses d'insuline en fonction de la glycémie	2,67	0,82	4,50	1,38	2,17	1,67	1,33

UQ9	3	S	Connaître le matériel médical nécessaire en cas de transport.	2,67	0,58	6,00	1,73	2,33	2,67	1,50
UO11	3	T	Être capable de gérer son stress	2,67	0,58	6,00	2,00	2,00	2,00	2,67
UQ8	3	E	Évaluer le moyen de transport du patient	2,67	0,58	4,00	2,00	1,67	1,67	2,00
UL10	18	C	Informar la famille du patient	2,67	0,77	5,89	1,57	1,94	1,81	2,33
UP10	3	L	Savoir utiliser l'outil informatique	2,67	0,58	4,33	2,08	2,00	1,67	2,00
UJ3	64	X	Interpréter les effets inattendus d'un traitement et réagir adéquatement	2,67	0,84	5,09	1,86	2,28	2,07	1,46
UJ6	20	E	Juger si le traitement prescrit est souhaitable	2,68	0,67	4,65	1,76	2,30	1,78	1,67
UR3	84	T	Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	2,69	0,82	5,01	1,83	2,26	1,91	1,81
UI5	66	E	Juger de l'indication d'un traitement intraveineux	2,73	0,83	4,65	1,74	2,26	1,68	1,51
UK8	4	E	Prendre les mesures d'isolement nécessaires	2,75	0,50	4,75	2,22	2,25	1,75	1,50
UJ8	5	E	Connaître les médicaments propres à l'urgence et à la réanimation	2,80	0,45	5,00	1,22	2,80	2,00	1,00
UJ9	5	E	Utiliser les modes d'administration propres aux situations d'urgence	2,80	0,45	5,40	0,89	2,80	2,40	1,00
UF23	10	E	Évaluer et surveiller un patient sous respirateur	2,80	0,63	5,00	1,89	2,40	2,30	1,50
UP12	5	L	Réaliser l'enregistrement RIM	2,80	0,84	4,60	1,14	2,20	1,60	1,33
UG39	6	E	Évaluer les résultats biologiques par rapport à la déshydratation	2,83	1,17	4,50	1,64	2,33	1,80	1,33
UG45	3	E	Connaître les procédures en cas de réaction transfusionnelle	3,00	1,41	5,00	2,83	2,50	1,50	2,00
UF36	3	E	Formuler les problèmes infirmiers	3,00	1,00	5,00	3,61	2,33	2,50	3,00
UB4	5	S	Installer le patient en tenant compte de l'appareillage	3,00	0,71	5,60	1,82	2,40	2,20	1,67
UI13	5	X	Placer ou assister au placement d'une voie intra-osseuse	3,00	0,71	5,60	1,34	2,40	2,60	1,00
UF32	3	E	Réaliser une hétéro-anamnèse	3,00	1,41	5,00	2,65	2,00	1,50	2,00
UG48	3	X	Surveiller et soigner un patient intubé et ventilé	3,00	1,00	5,33	3,21	2,00	2,00	2,00
UG27	10	E	Initier une réanimation cardio-pulmonaire	3,10	0,74	5,30	1,64	2,40	2,30	1,20
UJ11	8	E	Organiser l'administration simultanée de différents traitements	3,25	0,46	5,25	1,39	2,75	2,00	1,33

Tableau 5.25 Quatrième cluster aux urgences : compétences très complexes

Id_comp	N	grp_act	Libellé de la compétence	Complexité globale Mean	Complexité globale SD	Complexité des 3 dimensions Mean	Complexité des 3 dimensions SD	Dimension cognitive Mean	Dimension psychomotrice Mean	Dimension psycho-affective Mean
UL12	5	C	Communiquer adéquatement par téléphone à la famille	3,00	0,71	6,60	1,52	2,40	2,00	2,20
UL13	4	C	Communiquer avec la famille concernant le code de non réanimation	3,00	1,15	6,50	1,73	2,25	2,33	2,50
UL14	4	C	Communiquer avec un patient sourd	3,00	1,15	7,50	1,73	2,50	2,50	2,50
UB7	3	S	Installer confortablement le patient inconscient	3,00	1,00	7,00	2,65	2,67	2,67	2,50
UO12	3	C	Récolter les informations nécessaires en situation de stress	3,00	0,00	6,33	1,53	2,33	2,00	2,67
UC6	13	X	Manipuler un patient polytraumatisé	3,08	0,76	6,15	1,68	2,23	2,46	1,73
UK12	5	E	Prévention des complications	3,20	0,45	6,00	1,22	2,80	2,80	1,00
UG38	3	E	Transporter le patient appareillé vers les soins intensifs	3,33	0,58	6,33	0,58	2,67	2,00	1,67
UF33	3	E	Connaître les signes de maltraitance infantile et réagir	3,33	0,58	7,33	1,53	2,67	2,00	2,67
UG43	3	E	Établir des priorités dans les soins	3,33	0,58	7,00	1,00	3,00	2,33	1,67
UF34	3	E	Évaluer le patient inconscient et pouvoir réagir adéquatement	3,33	0,58	6,00	2,65	2,67	2,33	3,00

Chapitre 6 : Résultats complémentaires

10 ANNEXE I : COMPLEXITÉ GLOBALE PAR COMPÉTENCE

10.1 CHIRURGIE

Plus précisément, un certain nombre de compétences ont un score moyen de complexité globale élevé. Le tableau ci-après en fait la synthèse.

Tableau 6.1. Compétences du service de chirurgie ayant un score moyen de complexité globale >3

code compét	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	min	max	N
CF12	Évaluer le fonctionnement d'un cathéter d'anesthésie loco-régional	3,00	3,00	0,71	2	4	5
CF7	Réaliser un bilan hydrique	3,00	3,00	0,00	3	3	3
CG10	Effectuer les soins prescrits à un cathéter d'anesthésie loco-régional	3,00	3,00	1,15	2	4	4
CG24	Réalisation de soins de trachéotomie	3,00	3,00	0,00	3	3	3
CG25	Assister le médecin pour la réalisation d'actes médico-techniques	3,00	3,00	1,00	2	4	3
CG6	Réaliser un monitoring cardiaque et en faire la surveillance	3,00	3,00	0,00	3	3	5
CH8	Effectuer un rinçage continu d'une plaie	3,00	3,00	0,00	3	3	3
CH88	Effectuer correctement les soins d'un moignon	3,00	3,00	0,82	2	4	4
CL13	Informé et éduquer le patient au port d'une ceinture abdominale	3,00	3,00	0,82	2	4	4
CL16	Informé et éduquer la famille du patient	3,00	3,00	0,61	2	4	17
CL19	Apprentissage et transmission de nouvelles techniques auprès du patient	3,00	3,00	1,00	2	4	3
CK10	Fournir un régime diabétique adapté.	3,00	3,13	0,64	2	4	8
CM17	Bâtir une relation de confiance avec la famille du patient	3,00	3,17	0,75	2	4	6
CG16	Anticiper les problèmes ou les complications	3,00	3,20	0,45	3	4	5
CL17	Communication avec la famille	3,00	3,20	0,84	2	4	5
CG13	Gérer son stress	3,00	3,22	0,67	2	4	9
CF14	Évaluer les membres inférieurs et les pieds des patients diabétiques	3,00	3,25	0,50	3	4	4
CG19	Gérer les complications ou l'urgence y compris la réanimation	3,00	3,25	0,46	3	4	8
CK11	Prévenir les complications pour les patients diabétiques ou artéritiques	3,00	3,25	0,50	3	4	4
CM19	Gérer des patients confus ayant des problèmes de déglutition	3,00	3,33	0,58	3	4	3
CL14	Informé et éduquer le patient à la gestion du diabète	3,50	3,50	0,58	3	4	4
CO8	Prévoir des réunions multidisciplinaires	3,50	3,50	0,58	3	4	4

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Evaluation de l'état clinique
- Informer et éduquer le patient
- Multidisciplinarité
- anticipation de complications
- Actes techniques spécifiques
- Aspects relationnels et de communication

Comme en témoigne la distribution des scores de chacune de ces compétences, un niveau élevé d'expertise est requis.

A l'inverse, un ensemble de compétences ne semble pas requérir un niveau de complexité élevé ; Leur score moyen est inférieur à 2.

Tableau 6.2 Compétences du service de chirurgie ayant un score moyen de complexité globale <2

code compét.	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	min	max	N
CS4	Gérer le transport des prélèvements	1,00	1,00	0,00	1	1	5
CL6	Se présenter	1,50	1,50	0,58	1	2	4
CB6	Positionner le bras du patient dans le dujarrier ou l'écharpe	1,00	1,60	0,89	1	3	5
CA11	Gestion des bas anti-varices	2,00	1,60	0,55	1	2	5
CS3	Vérifier le chariot de soins	2,00	1,62	0,65	1	4	68
CM14	Respecter l'intimité du patient	2,00	1,64	0,63	1	3	14
CD5	Fournir une aide logistique à la prise du repas	1,50	1,67	0,84	1	4	18
CM8	Garantir le secret professionnel	2,00	1,70	0,69	1	4	61
CP6	Commander du matériel	2,00	1,74	0,54	1	3	65
CQ4	Collecter les renseignements en vue du retour à domicile du patient	2,00	1,75	0,50	1	2	4
CT1	Faire un lit ou changer les draps de lit	2,00	1,75	0,46	1	2	8
CP5	Commander les médicaments	2,00	1,75	0,58	1	4	69
CH9	Réalisation d'une culture de plaie	1,00	1,80	1,10	1	3	5
CB3	Positionner confortablement le patient en considérant son appareillage	2,00	1,80	0,84	1	3	5
CP4	Classer les résultats des examens effectués	2,00	1,86	0,63	1	3	37
CA5	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	2,00	1,89	0,70	1	3	53
CG29	Préparer le patient en vue d'une intervention chirurgicale	2,00	1,89	0,60	1	3	9
CS2	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	2,00	1,89	0,67	1	4	46
CS1	Gérer le transport du patient	2,00	1,90	0,74	1	4	58
CE4	Proposer au patient un moyen d'élimination adéquat	2,00	1,93	0,66	1	3	28
C11	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	2,00	1,94	0,69	1	4	49
CK4	Inspecter les téguments	2,00	1,95	0,69	1	4	61
CP7	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	2,00	1,97	0,63	1	3	39
CP3	Préparer les demandes d'examens médicaux	2,00	1,98	0,73	1	3	40
CM3	Être à l'écoute	2,00	1,99	0,79	1	4	67

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Soins de base et de confort
- Positionnement du patient
- Administratif (médicaments, examens, dossier, vérification de matériel, ...)
- Actes techniques (soins à perfusion périphérique, culture de plaie)

Ces compétences, tout en tenant compte de la complexité de la situation ne semble pas requérir une expertise particulière compte tenu de la définition accordée à chaque score.

10.2 GÉRIATRIE

Par contre, l'analyse en détails permet d'identifier un ensemble de compétences dont le score de complexité est élevé (>3) ou au contraire peu élevé (>2).

Les compétences impliquant un score moyen de complexité globale >3 sont reprises dans le tableau ci-après.

Tableau 6.3 Compétences du service de gériatrie ayant un score moyen de complexité globale >3

code compét.	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	min	max	N
GB3	Gérer les soins de confort	3,00	3,00	0,71	2	4	5
GD4	Évaluer et gérer les problèmes d'alimentation	3,00	3,00	0,71	2	4	5
GF10	Reconnaître les symptômes d'un AVC	3,00	3,00	0,82	2	4	4
GF5	Évaluer les symptômes liés à l'insuffisance rénale	3,00	3,00	0,71	2	4	5
GG16	Connaître les techniques de réanimation cardio-pulmonaire	3,00	3,00	0,82	2	4	4
GG25	Préparer le patient en vue d'examen ou de soins particuliers	3,00	3,00	1,00	2	4	3
GG26	Perfectionner ses compétences en gestion critique	3,00	3,00	1,00	2	4	3
GG30	Adapter les soins dans un contexte de démence	3,00	3,00	0,76	2	4	8
GH4	Observer et soigner les plaies	3,00	3,00	0,62	2	4	22
GL21	Informar la famille au sujet de l'état du patient et de son traitement	3,00	3,00	0,76	2	4	8
GL4	Informar le patient concernant l'éducation à l'autonomie	3,00	3,00	0,62	2	4	22
GM17	Assister le patient et la famille dans des situations de fin de vie	3,00	3,00	0,71	2	4	5
GO1	Travailler en équipe intra- et interdisciplinaire	3,00	3,00	0,72	1	4	70
GO7	Réaliser une liaison avec les services de soins à domicile	3,00	3,00	1,00	2	4	3
GRI	Participer aux projets pour la qualité des soins	3,00	3,03	0,88	1	4	63
GM10	Communiquer avec le patient et la famille	3,00	3,03	0,65	2	4	62
G15	Juger de l'indication d'un traitement intraveineux	3,00	3,05	0,85	2	4	19
GL2	Aviser le patient sur les adaptations dans sa manière de vivre	3,00	3,05	0,73	2	4	38
GM11	Être attentif aux émotions suscitées par le diagnostic	3,00	3,06	0,63	2	4	54
GG8	Juger de l'opportunité de modifier les soins	3,00	3,07	0,61	2	4	41
GO10	Gestion de la délégation	3,00	3,08	0,79	2	4	12
GG7	Effectuer les soins spécifiques qui correspondent aux besoins du patient	3,00	3,08	0,65	2	4	59
GO4	Coacher d'autres professionnels	3,00	3,09	0,73	2	4	32
GJ3	Interpréter les effets inattendus d'un traitement et réagir adéquatement	3,00	3,10	0,65	2	4	62
GG27	Commencer une réanimation cardio-pulmonaire	3,00	3,10	0,74	2	4	10
GM1	Intégrer les aspects psychosociaux dans les soins infirmiers	3,00	3,12	0,67	2	4	60
GD11	Proposer des solutions pour améliorer l'état nutritionnel	3,00	3,13	0,83	2	4	8
GJ11	Proposer un traitement tout en respectant les prescriptions médicales	3,00	3,13	0,64	2	4	8
GL1	Informar le patient (et/ou sa famille)	3,00	3,13	0,56	2	4	52
GC7	Évaluer la mobilité par rapport à la maladie	3,00	3,14	0,69	2	4	7
GO2	Organiser et coordonner les soins en équipe intra- et interdisciplinaire	3,00	3,18	0,68	2	4	66
GG12	Prise de recul en situation critique	3,00	3,20	0,45	3	4	5
GG15	Évaluer la pertinence d'une réanimation cardio-pulmonaire (début et fin)	3,00	3,20	0,84	2	4	5
GG24	Accompagner le patient dément	3,00	3,20	0,45	3	4	5
GH3	Choisir le meilleur traitement pour les plaies	3,00	3,20	0,52	2	4	20
GM18	Attitude envers les autres patients en cas de situation critique	3,00	3,20	0,45	3	4	5
GM2	Évaluer la nécessité de communiquer avec le patient concernant sa maladie	3,00	3,20	0,68	1	4	55
GO11	Travailler en collaboration en intra- et interdisciplinarité	3,00	3,20	0,45	3	4	5
GO8	Évaluer l'opportunité de la présence d'autres soignants	3,00	3,20	0,63	2	4	10
GO6	Gérer les stagiaires et les nouveaux collaborateurs	3,00	3,23	0,63	2	4	57
GB6	Évaluer le confort du point de vue psychique	3,00	3,25	0,50	3	4	4
GF9	Estimer quand les traitements futurs ne sont plus nécessaires	3,50	3,25	0,96	2	4	4
GG28	Placer et effectuer les soins liés à une sonde gastrique	3,50	3,25	0,96	2	4	4
GM7	Évaluer la perception du patient de sa maladie	3,00	3,27	0,45	3	4	30
GR5	Évaluer les soins et proposer des modifications de traitement	4,00	3,27	0,90	2	4	11
GI6	Oser évaluer et discuter la pertinence d'un traitement	3,00	3,29	0,76	2	4	7
GM15	Évaluer l'opportunité d'une approche interdisciplinaire	3,00	3,29	0,76	2	4	7
GF17	Utiliser des échelles de mesures adéquates	3,00	3,33	0,62	2	4	15
GF19	Évaluer par l'observation les signes de saignements interne ou externe	3,00	3,33	0,58	3	4	3
GM26	Garder son calme, être patient et faire preuve de tact	3,50	3,38	0,74	2	4	8
GD3	Assister le patient dément pour l'alimentation	3,00	3,40	0,55	3	4	5
GG14	Positionner le patient pour une réanimation cardio-pulmonaire	3,00	3,40	0,55	3	4	5
GL11	Communiquer les mauvaises nouvelles adéquatement	3,00	3,40	0,55	3	4	5
GL9	Informar la famille concernant la démence et la communication adaptée	3,00	3,40	0,55	3	4	5
GH6	Oser évaluer et discuter la pertinence d'un soin de plaie	3,00	3,43	0,53	3	4	7

GB5	Évaluer les risques liés à la confusion	3,50	3,50	0,58	3	4	4
GJ10	Administrer les médicaments en respectant les règles pharmacologiques	3,50	3,50	0,58	3	4	4
GL10	Gérer l'accueil du partenaire survivant	3,50	3,50	0,55	3	4	6
GM16	Gestion des questions pour un patient en fin de vie	3,50	3,50	0,55	3	4	6
GM19	Prendre en charge la confusion des patients gériatriques	3,50	3,50	0,58	3	4	4
GR3	Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	4,00	3,53	0,59	2	4	66
GJ8	Réévaluer le traitement sur le long terme	4,00	3,67	0,58	3	4	3

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Evaluation de l'état clinique
- Informer et éduquer le patient
- Soins psychiques
- Certains soins de confort
- Assistance à l'alimentation
- Gestion des patients déments
- Gestion des situations critiques
- Gestion du traitement
- Multidisciplinarité
- Actes techniques spécifiques
- Aspect relationnels et de communication
- Relations extra hospitalière

A l'inverse, certaines compétences sont estimées en termes de complexité globale comme peu complexes (score moyen < 2) et sont reprises ci-après.

Tableau 6.4 Compétences du service de gériatrie ayant un score moyen de complexité globale <2

code de la compétence	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	min	max	N
GB13	Maintenir une température ambiante confortable	1,00	1,38	0,52	1	2	8
GS5	Connaître et appliquer les procédures logistiques	1,00	1,40	0,55	1	2	5
GP4	Classer les résultats des examens effectués	1,50	1,55	0,59	1	3	44
GS1	Gérer le transport du patient	2,00	1,57	0,54	1	3	51
GK16	Évaluer le mobilier afin de prévenir les chutes	2,00	1,60	0,52	1	2	10
GD15	Fournir une aide logistique lors du repas	1,00	1,63	0,81	1	3	16
GG31	Évaluer les paramètres anthropométriques du patient	1,50	1,63	0,72	1	3	16
GS3	Vérifier le chariot de soins	2,00	1,63	0,69	1	3	60
GM8	Garantir le secret professionnel	2,00	1,64	0,63	1	4	64
GD18	Satisfaire au mieux les goûts du patient pour favoriser l'alimentation	2,00	1,67	0,71	1	3	9
GL22	Utiliser des supports pour l'information de la famille et du patient	2,00	1,67	0,58	1	2	3
GS2	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	2,00	1,67	0,66	1	3	60
GP7	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	2,00	1,67	0,77	1	4	49
GE3	Effectuer un rinçage manuel ou continu de la vessie	1,50	1,75	0,96	1	3	4
GA13	Éducation aux AVQ	2,00	1,75	0,50	1	2	4
GA16	Hydrater la peau du patient	2,00	1,75	0,50	1	2	4
GB9	Évaluer le confort du patient	2,00	1,75	0,50	1	2	4
GC3	Gérer le premier lever du patient.	2,00	1,75	0,46	1	2	8
GP6	Commander du matériel	2,00	1,78	0,72	1	3	54
GP5	Commander les médicaments	2,00	1,78	0,65	1	3	64
GP9	Gérer l'administration du patient décédé	2,00	1,80	0,84	1	3	5
GP2	Planifier les examens médicaux	2,00	1,82	0,69	1	3	56
GB4	Adopter une attitude de soignant	2,00	1,86	0,38	1	2	7
GP3	Préparer les demandes d'examen médicaux	2,00	1,87	0,82	1	4	55
GQ3	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	2,00	1,93	0,62	1	3	44

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Soins de base et de confort

- Positionnement du patient
- Aide à l'alimentation
- Administratif (médicaments, examens, dossier, vérification de matériel, ...)
- Aspect logistiques (transport, matériel)

Toutes les compétences reprises ici sont dans certaines circonstances évaluées comme peu complexes.

10.3 BLOC OPÉRATOIRE

Plus précisément, quelques compétences sont évaluées comme complexes (score moyen de complexité globale >3) et sont reprises ci-après.

Tableau 6.5 Compétences du service de bloc opératoire ayant un score moyen de complexité globale >3

code compét.	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	min	max	N
BF5	Collecter les informations sur les techniques ou les médicaments prévues	3,00	3,00	0,82	2	4	10
BG2	Planifier les soins en tenant compte de la continuité des soins	3,00	3,00	0,82	1	4	25
BG27	Prendre des initiatives	3,00	3,00	0,71	2	4	5
BG45	Connaître et maîtriser les manœuvres de RCP	3,00	3,00	0,60	2	4	12
BG63	Anticiper les complications et adapter l'instrumentation en conséquence	3,00	3,00	0,67	2	4	10
BK17	Gérer la prévention des thromboses veineuses profondes	3,00	3,00	0,82	2	4	4
BO11	Travailler en équipe interdisciplinaire spécifique à la salle d'opération	3,00	3,00	0,83	1	4	47
BO4	Coacher d'autres professionnels	3,00	3,00	0,87	1	4	73
BP15	Gérer son travail en tenant compte de l'intervention et de l'activité en cours	3,00	3,00	0,71	2	4	5
BF24	Surveiller le patient pendant l'anesthésie	3,00	3,04	0,71	2	4	23
BG8	Juger de l'opportunité de modifier les soins	3,00	3,05	0,80	1	4	21
BJ6	Connaître les médicaments particuliers au bloc opératoire	3,00	3,05	0,79	1	4	42
BG7	Effectuer les soins spécifiques qui correspondent aux besoins du patient	3,00	3,06	0,74	1	4	53
BG40	Fournir une assistance au chirurgien	3,00	3,07	0,88	2	4	15
BM12	Soutenir les membres de la famille	3,00	3,08	0,79	2	4	12
BF10	Évaluer le fonctionnement des différents appareils techniques	3,00	3,09	0,71	2	4	34
BG12	Connaître les procédures et les étapes opératoires	3,00	3,09	0,87	1	4	34
BG61	Assurer une instrumentation efficace	3,00	3,13	0,73	2	4	39
BG29	Travailler avec dextérité et rapidité	3,00	3,15	0,75	2	4	20
BF9	Identifier et évaluer les risques opératoires	3,00	3,17	0,80	2	4	29
BH2	Juger si le traitement prescrit de la plaie est souhaitable	3,00	3,18	0,73	2	4	17
BF3	Surveiller les monitorings spécifiques au bloc opératoire	3,00	3,18	0,72	1	4	39
BG58	Réagir rapidement et adéquatement en situation d'urgence	3,00	3,22	0,63	2	4	37
BR3	Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	3,00	3,23	0,84	1	4	62
BG5	Réaliser un ECG et interpréter les résultats	3,00	3,24	0,66	2	4	17
BL9	Informé et éduquer le patient concernant la pompe péridurale	3,00	3,25	0,50	3	4	4
BF19	Évaluer les fonctions neurologiques	3,50	3,25	0,96	2	4	4
BG36	Connaître et appliquer les modes de stérilisation	3,50	3,25	0,89	2	4	8
BI5	Juger de l'indication d'un traitement intraveineux	3,00	3,33	0,66	2	4	21
BH3	Choisir le meilleur traitement pour les plaies	4,00	3,38	0,74	2	4	21
BG43	Participer à une crush induction	3,50	3,50	0,58	3	4	4
BI8	Évaluer les cathéters périduraux et gérer les pompes pour ces cathéters	3,50	3,50	0,58	3	4	4
BF16	Évaluer le fonctionnement d'une circulation extra-corporelle	4,00	3,60	0,55	3	4	5
BJ7	Évaluer le traitement prescrit	4,00	3,75	0,50	3	4	4
BG42	Connaître et maîtriser les éléments liés à la circulation extra-corporelle	4,00	3,80	0,42	3	4	10

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Surveillance et évaluation du patient
- Gestion du matériel technique spécialisé
- Actes techniques particulier (instrumentation, circulation extra corporelle, ...)
- Procédures spécifiques
- Planification des soins
- Transport médicalisé du patient
- Gestion logistique
- Gestion du traitement
- communication avec le patient
- Gestion des relations interdisciplinaires

A l'inverse, certaines compétences sont estimées en termes de complexité globale comme peu complexe (score moyen < 2) bien que la plupart d'entre elles a été —au moins une fois— évaluée comme très complexe.

Tableau 6.6 Compétences du service de bloc opératoire ayant un score moyen de complexité globale < 2

code de la compétence	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	min	max	N
BC6	Gérer le déplacement du patient de lit à lit	1,50	1,50	0,58	1	2	4
BF23	Évaluer l'état nutritionnel du patient	1,50	1,50	0,58	1	2	4
BF22	Appliquer la procédure pour l'identification du patient	2,00	1,67	0,60	1	3	33
BM14	Respecter l'intimité du patient	2,00	1,70	0,88	1	4	33
BS19	Entretien des appareils et le matériel	2,00	1,71	0,69	1	3	17
BG70	Effectuer les soins prescrits à une sonde gastrique	2,00	1,75	0,50	1	2	4
BH8	Utiliser les pansements adaptés aux différentes plaies	2,00	1,75	0,50	1	2	4
BP4	Classer les résultats des examens effectués	2,00	1,76	0,66	1	3	25
BS18	Préparer la table opératoire	2,00	1,78	0,67	1	3	9
BG46	Effectuer les soins liés à un cathéter Swann-Ganz	2,00	1,80	0,84	1	3	5
BG59	Utiliser les sources d'énergie appropriées	2,00	1,83	0,83	1	4	12
BS1	Gérer le transport du patient	2,00	1,83	0,71	1	4	66
BM8	Garantir le secret professionnel	2,00	1,86	0,73	1	4	84
BP2	Planifier les examens médicaux	2,00	1,86	0,65	1	3	21
BQ3	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	2,00	1,86	0,84	1	4	72
BP3	Préparer les demandes d'examens médicaux	2,00	1,88	0,73	1	4	43
BPI44	Répondre au téléphone, filtrer les appels et les transmettre au médecin	2,00	1,89	0,78	1	3	9
BS11	Faire appel à l'équipe de nettoyage	2,00	1,89	0,96	1	4	18
BP5	Commander les médicaments	2,00	1,90	0,64	1	4	70
BPI6	Utiliser l'outil informatique	2,00	1,92	0,74	1	4	26
BS3	Vérifier le chariot de soins	2,00	1,97	0,72	1	4	58
BP7	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	2,00	1,97	0,61	1	3	30

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Soins technique simple (perfusion, manipulation de matériel stéril, ...)
- Aspect administratifs et logistiques (chariot de soins, médicaments, entretien de matériel, demande d'examens, dossiers, ...)
- Utilisation de l'outil informatique
- Transport et transfert du patient
- Pansement de plaie
- Identification du patient

10.4 HÉMODIALYSE

Comme en atteste le Figure 6.7 la majorité des compétences ont été estimées avec un score moyen inférieur à 2.

Tableau 6.7 Compétences du service d'hémodialyse ayant un score moyen de complexité globale >3

code compét	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	Min	max	N
HK15	Évaluer le risque de sténose de la fistule	3,00	3,00	0,65	2	4	15
HK16	Évaluer le risque d'œdème aigu du poumon (OAP) et d'hyperkaliémie	3,00	3,00	0,89	2	4	6
HK17	Évaluer le risque de crise émotionnelle	3,00	3,00	0,89	2	4	6
HK20	Prévenir les complications chez le patient immunodéprimé	3,00	3,00	0,63	2	4	6
HL16	Connaître les mécanismes de compliance du patient	3,00	3,00	0,73	2	4	16
HL30	Informé le patient concernant la CVVH	3,00	3,00	0,89	2	4	6
HL7	Éduquer le patient à la réalisation des soins et à l'interprétation des résultats	3,00	3,00	0,63	2	4	6
HG12	Gérer les complications de la dialyse	3,00	3,06	0,76	2	4	35
HJ7	Gérer le traitement anticoagulant	3,00	3,09	0,83	2	4	11
HR3	Lire, comprendre et évaluer la littérature scientifique	3,00	3,14	0,89	1	4	83
HF4	Évaluer l'état général du patient par rapport à la dialyse	3,00	3,17	0,75	2	4	6
HL12	Fixer des objectifs pour l'éducation du patient	3,00	3,17	0,75	2	4	6
HL18	Négocier le plan de soins avec le patient	3,00	3,17	0,75	2	4	6
HG5	Réaliser un ECG et interpréter les résultats	3,00	3,18	0,87	2	4	11
HG28	Résoudre les pannes mineures des appareils de dialyse	4,00	3,18	0,98	2	4	11
HK23	Prévenir le risque de coagulation dans l'appareillage de dialyse	3,00	3,20	0,84	2	4	5
HL31	Éduquer le patient concernant la dialyse à l'étranger	3,00	3,20	0,84	2	4	5
HO11	Gérer la CVVH	3,00	3,20	0,84	2	4	5
HG30	Pratiquer les interventions d'urgence et de réanimation adéquates	3,00	3,27	0,65	2	4	11
HF8	Gérer une situation d'urgence	3,00	3,33	0,52	3	4	6
HL21	Assister la famille concernant la prise en charge d'un patient dément	3,00	3,33	0,49	3	4	12
HJ11	Gestion adaptée des procédures	3,50	3,33	0,82	2	4	6
HG33	Effectuer une dialyse en urgence	4,00	3,40	0,89	2	4	5

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Surveillance et évaluation du patient
- Gestion de situation critique
- Gestion et prévention des complications
- Gestion technique de l'appareillage
- Actes techniques particulier (instrumentation, hémofiltration veino-veineuse continue, ...)
- Procédures spécifiques
- Gestion du traitement
- Éducation du patient
- communication avec le patient

Tableau 6.8 Compétences du service d'hémodialyse ayant un score moyen de complexité globale <2

code compét	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	Min	Max	N
HP4	Classer les résultats des examens effectués	1,00	1,30	0,46	1	2	73
HP9	Facturer la dialyse et les médicaments	1,00	1,33	0,50	1	2	9
HS9	Ranger les produits pharmaceutiques	1,00	1,33	0,52	1	2	6
HS10	Nettoyer les fauteuils et les tablettes de dialyse	1,00	1,37	0,60	1	3	19
HS6	Ranger et préparer le matériel spécifique	1,00	1,40	0,52	1	2	10
HS3	Vérifier le chariot de soins	1,00	1,41	0,50	1	2	78
HP7	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	1,00	1,43	0,63	1	3	70
HS1	Gérer le transport du patient	1,00	1,43	0,55	1	3	83
HP5	Commander les médicaments	1,00	1,45	0,53	1	3	77
HP3	Préparer les demandes d'examens médicaux	1,00	1,48	0,56	1	3	73
HP6	Commander du matériel	1,00	1,50	0,61	1	4	68
HP2	Planifier les examens médicaux	1,00	1,52	0,64	1	4	77
HS2	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	1,00	1,52	0,56	1	3	69

HQ3	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	2,00	1,64	0,55	1	3	56
HB3	Reconnaître la dépendance du patient dialysé	1,50	1,67	0,82	1	3	6
HS12	Vérifier les réserves de médicaments	1,50	1,67	0,82	1	3	6
HE6	Gérer la promiscuité des patients	2,00	1,67	0,52	1	2	6
HQ5	Gérer les contacts avec la maison de repos	2,00	1,75	0,50	1	2	4
HP8	Utiliser les outils informatiques	2,00	1,78	0,65	1	3	18
HQ6	Planifier les séances de dialyse	2,00	1,80	0,68	1	3	15
HK25	Appliquer les règles d'hygiène des mains	2,00	1,82	0,60	1	3	11
HE5	Respecter l'intimité du patient	2,00	1,83	0,75	1	3	6
HM8	Garantir le secret professionnel	2,00	1,83	0,73	1	4	84
HC1	Travailler de manière ergonomique	2,00	1,87	0,57	1	3	67
HM16	Recommander les associations de patients	2,00	1,87	0,74	1	3	15
HA1	Effectuer les soins d'hygiène	2,00	1,87	0,74	1	3	38
HA5	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	2,00	1,88	0,81	1	3	16
HB1	Aider le patient à adopter une position confortable	2,00	1,88	0,66	1	3	82
HS5	Prévoir les besoins en matériel	2,00	1,90	0,99	1	4	10
H11	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	2,00	1,91	0,79	1	4	23
HS8	Nettoyer et désinfecter les machines après séance	1,50	1,92	1,08	1	4	12
HD2	Créer un climat agréable pendant les repas	2,00	1,93	0,80	1	3	29
HF5	Utiliser de manière adaptée les différents types de balances	2,00	1,93	0,59	1	3	29
HB2	Soutenir le patient dans l'organisation appropriée des activités	2,00	1,95	0,69	1	3	76
HK4	Inspecter les téguments	2,00	1,97	0,60	1	3	61

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Soins technique simple (perfusion, ...)
- Aspect administratifs et logistiques (chariot de soins, médicaments, entretien de matériel, demande d'exams, dossiers, facturation, ...)
- Utilisation de l'outil informatique
- Utilisation de matériel simple (balance)
- Contact extra hospitalier
- Transport du patient
- Soins de base et de confort
- Positionnement du patient

10.5 SOINS INTENSIFS

Par une analyse plus en détails, bon nombre de compétences ont un score moyen supérieur à 3 signant un degré de complexité globale élevé.

Tableau 6.9 Compétences du service de soins intensifs ayant un score moyen de complexité globale >3

code compét	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	min	max	N
ID14	Estimer la nécessité de garder un patient à jeun	3,00	3,00	1,15	2	4	4
IF30	Évaluer l'évolution des paramètres biologiques du patient	3,00	3,00	0,82	2	4	10
IF8	Connaître les différents principes de ventilation artificielle	3,00	3,00	0,86	1	4	28
IG40	Monitorer le drainage ventriculaire externe (EVD)	3,00	3,00	1,00	2	4	5
IG43	Assistance aux examens du patient ventilé	3,00	3,00	0,71	2	4	5
IH10	Prélever stérilement un échantillon de plaie	3,00	3,00	0,71	2	4	5
II17	Connaître les effets secondaires liés à la gestion d'un cathéter central	3,00	3,00	0,71	2	4	5
IJ4	Évaluer la pertinence du traitement du patient	3,00	3,00	0,85	1	4	15
IJ8	Connaître les ordres permanents concernant les médicaments particuliers	3,00	3,00	1,00	2	4	5
IO10	Organiser le travail en équipe et déléguer	3,00	3,00	0,82	2	4	4
IO16	Être assertif vis à vis des autres professionnels	3,00	3,00	0,71	2	4	5
IQ9	Concertation concernant le placement du patient	3,50	3,00	1,41	1	4	4
IG15	Initier une réanimation cardio-pulmonaire	3,00	3,03	0,89	1	4	35
IG31	Monitorer le patient, observer les paramètres et savoir réagir	3,00	3,05	0,76	2	4	20

	adéquatement						
IF6	Évaluer et interpréter les paramètres du respirateur	3,00	3,05	0,71	2	4	19
IF29	Évaluer le patient sur base de l'anamnèse	3,00	3,10	0,57	2	4	10
IL7	Informar la famille sur l'état critique du patient	3,00	3,15	0,75	2	4	20
ID16	Évaluer l'état nutritionnel du patient inconscient	3,00	3,20	0,84	2	4	5
IF17	Surveiller et évaluer un patient sous monitoring cardiaque invasif	3,00	3,20	0,45	3	4	5
IG42	Soigner un patient trachéotomisé et ventilé	3,00	3,20	0,77	2	4	15
IJ11	connaître les interactions médicamenteuses	3,00	3,20	0,84	2	4	5
IM20	Communication d'un décès aux membres de la famille	3,00	3,20	0,84	2	4	5
IG26	Réaliser une prise de sang via un cathéter de swann ganz	4,00	3,20	1,30	1	4	5
IF23	Surveillance active des paramètres	3,00	3,25	0,55	2	4	20
IF26	Connaître les signes de prééclampsie et réagir adéquatement	3,00	3,25	0,50	3	4	4
IR6	Évaluer le feedback d'une situation d'urgence	3,00	3,25	0,50	3	4	4
IF15	Réagir en cas de situation critique	3,00	3,30	0,67	2	4	10
IF25	Réaliser une évaluation clinique du patient inconscient	3,00	3,30	0,67	2	4	10
IK16	Prévenir les complications potentielles	3,00	3,30	0,48	3	4	10
IO12	Gérer une concertation multidisciplinaire	3,50	3,30	0,82	2	4	10
IG33	Surveiller un patient sous ventilation artificielle	3,00	3,35	0,67	2	4	20
IF27	Reconnaître les situations de choc et réagir adéquatement	3,00	3,40	0,55	3	4	5
IF31	Évaluer la sédation du patient	3,00	3,40	0,55	3	4	5
IG39	Monitorer la pression intra crânienne (ICP)	3,00	3,40	0,55	3	4	5
IG47	Observer et aider au sevrage lors de la ventilation artificielle	3,50	3,40	0,70	2	4	10
IG48	Connaître et observer les mesures de sevrage lors de la ventilation artificielle	4,00	3,40	0,84	2	4	10
IB10	Prévenir les perturbations du biorythme	3,50	3,50	0,58	3	4	4
II8	Manipuler et gérer un cathéter de Swann Ganz	4,00	3,60	0,55	3	4	5
IL13	Communiquer avec le patient inconscient	4,00	3,80	0,45	3	4	5

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Surveillance et évaluation de l'état clinique du patient en situation critique
- Surveillance et soins aux patients sous ventilation artificielle ou sous assistance cardiaque
- Aspects relationnel avec le patient ou avec la famille en situation critique
- Gestion des relation interdisciplinaire

A l'inverse, certaines compétences ont un score moyen de complexité globale peu élevé (< 2) ne nécessitant pas une expertise importante compte tenu des définitions associées aux scores de complexité. Notons que pour la plupart, elles ont été au moins une fois évaluée comme très complexe (score = 4).

Tableau 6.10 Compétences du service de soins intensifs ayant un score moyen de complexité globale <2

code compét	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	Min	Max	N
IS10	Ranger la chambre du patient	1,00	1,36	0,73	1	4	22
IA5	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	1,00	1,39	0,50	1	2	23
ID20	Gérer le débit de la pompe d'alimentation entérale	1,00	1,40	0,55	1	2	5
ID21	Connaître et appliquer le plan de soins standard pour l'alimentation entérale	1,00	1,40	0,55	1	2	5
ID6	Utiliser une pompe à gavage	1,00	1,40	0,55	1	2	5
IS8	Contrôler et ranger le matériel	1,00	1,40	0,55	1	2	5
IP8	Assurer les tâches administratives	1,00	1,50	0,76	1	3	8
IS3	Vérifier le chariot de soins	1,00	1,51	0,83	1	4	93
ID2	Créer un climat agréable pendant les repas	1,00	1,54	0,66	1	3	13
IK19	Protéger la peau en cas de diarrhée	2,00	1,60	0,55	1	2	5
IP4	Classer les résultats des examens effectués	1,00	1,63	0,97	1	4	60
IP7	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	1,00	1,65	0,90	1	4	80
IP6	Commander du matériel	1,00	1,66	0,88	1	4	92
IH99	Surveiller les ponctions de cathéter et réaliser les pansements	2,00	1,67	0,50	1	2	9

IP5	Commander les médicaments	1,00	1,70	0,95	1	4	91
IP3	Préparer les demandes d'examens médicaux	1,00	1,72	0,90	1	4	78
IS7	Vérification de routine du matériel présent dans la chambre	2,00	1,73	0,70	1	3	15
IP11	Réaliser les tâches administratives lors de l'admission	2,00	1,79	0,80	1	4	14
IE5	Évaluer le transit intestinal du patient	1,00	1,80	1,08	1	4	15
IJ14	Gestion des médicaments dans une pompe à perfusion	1,50	1,80	1,03	1	4	10
IA12	Évaluer les téguments du patient	2,00	1,80	0,79	1	3	10
ID11	Collaborer avec la diététicienne	2,00	1,80	0,84	1	3	5
IE4	Placer et ôter une sonde vésicale	2,00	1,80	0,79	1	3	10
IE7	Utiliser le matériel d'incontinence	2,00	1,80	0,92	1	4	10
IM14	Effectuer les soins en tenant compte de l'intimité du patient	2,00	1,80	0,45	1	2	5
IS5	Collaborer avec les services logistiques	2,00	1,80	0,84	1	3	5
IS2	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	2,00	1,80	0,93	1	4	81
II1	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	2,00	1,82	0,92	1	4	65
IP2	Planifier les examens médicaux	2,00	1,82	0,90	1	4	61
IM8	Garantir le secret professionnel	2,00	1,83	1,04	1	4	93
ID4	Gérer les soins lié à une sonde gastrique	2,00	1,83	0,92	1	4	18
IG23	Réaliser et interpréter la glycémie	2,00	1,84	0,69	1	3	25
IQ3	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	2,00	1,84	0,92	1	4	32
IK4	Inspecter les téguments	2,00	1,86	0,81	1	4	92
IK5	Reconnaître les signes d'escarre	2,00	1,86	0,81	1	4	87
II2	Effectuer les soins prescrits pour une voie centrale	2,00	1,88	0,90	1	4	72
IC1	Travailler de manière ergonomique	2,00	1,89	0,89	1	4	93
IF4	Réaliser un bilan hydrique	2,00	1,93	0,94	1	4	40
II3	Effectuer les soins prescrits pour une voie artérielle	2,00	1,93	0,92	1	4	81
IE2	Effectuer les soins liés à une sonde vésicale	2,00	1,93	0,92	1	4	86
II6	Utiliser les pompes et pousse seringues	2,00	1,94	0,94	1	4	35
IP9	Gestion de tâches administratives diverses	2,00	1,94	0,87	1	4	18
IS1	Gérer le transport du patient	2,00	1,95	0,88	1	4	59
IC5	Stimuler le patient à la mobilisation	2,00	1,98	0,87	1	4	42

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Gestion de l'alimentation et de l'élimination
- Soins technique simple (perfusion, voie centrale, ...)
- Aspect administratifs et logistiques
- Aide aux AVJ

10.6 URGENCES

Certaines compétences, bien que peu comparativement aux autres domaines et services de soins moins nombreuses, ont été scorées en termes de complexité globale comme plutôt complexes (> 3).

Tableau 6.11 Compétences du service d'urgences ayant un score moyen de complexité globale >3

code compét	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	min	max	N
UB4	Installer le patient en tenant compte de l'appareillage	3,00	3,00	0,71	2	4	5
UB7	Installer confortablement le patient inconscient	3,00	3,00	1,00	2	4	3
UF32	Réaliser une hétéro-anamnèse	3,00	3,00	1,41	2	4	2
UF36	Formuler les problèmes infirmiers	3,00	3,00	1,00	2	4	3
UG45	Connaître les procédures en cas de réaction transfusionnelle	3,00	3,00	1,41	2	4	2
UG48	Surveiller et soigner un patient intubé et ventilé	3,00	3,00	1,00	2	4	3
UII3	Placer ou assister au placement d'une voie intra-osseuse	3,00	3,00	0,71	2	4	5
UL12	Communiquer adéquatement par téléphone à la famille	3,00	3,00	0,71	2	4	5
UL13	Communiquer avec la famille concernant le code de non réanimation	3,00	3,00	1,15	2	4	4
UL14	Communiquer avec un patient sourd	3,00	3,00	1,15	2	4	4

UO12	Récolter les informations nécessaires en situation de stress	3,00	3,00	0,00	3	3	3
UC6	Manipuler un patient polytraumatisé	3,00	3,08	0,76	2	4	13
UG27	Initier une réanimation cardio-pulmonaire	3,00	3,10	0,74	2	4	10
UK12	Prévention des complications	3,00	3,20	0,45	3	4	5
UJ11	Organiser l'administration simultanée de différents traitements	3,00	3,25	0,46	3	4	8
UF33	Connaître les signes de maltraitance infantile et réagir	3,00	3,33	0,58	3	4	3
UF34	Évaluer le patient inconscient et pouvoir réagir adéquatement	3,00	3,33	0,58	3	4	3
UG38	Transporter le patient appareillé vers les soins intensifs	3,00	3,33	0,58	3	4	3
UG43	Établir des priorités dans les soins	3,00	3,33	0,58	3	4	3
UF35	Garder le recul nécessaire en cas de situation aiguë	4,00	4,00	0,00	4	4	3

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- Évaluation et prise en charge des patients en situation critique (polytraumatisé, RCP, ...)
- Soins spécialisés (soins liés à un patient intubé et ventilé, placer une voie intra osseuse, ...)
- Gestion des situations de crise ou de stress
- Gestion des aspects psycho-sociaux
- Communication
- Prévention des complications y compris pharmacocinétiques

Et comme on pouvait s'y attendre, un grand nombre de compétences ont été évaluées en termes de complexité globale comme moins complexes (<2).

Tableau 6.12 Compétences du service d'urgences ayant un score moyen de complexité globale <2

code de la compétence	libellé résumé de la compétence	médiane	moyenne	DS	Min	Max	N
US5	Faire appel à l'équipe d'entretien	1,00	1,22	0,44	1	2	9
UE4	Apporter au patient une aide de soutien lors de l'élimination	1,00	1,23	0,44	1	2	13
UP9	Gérer les données informatiques	1,00	1,38	0,52	1	2	8
UQ6	Transmettre des informations administratives	1,00	1,38	0,52	1	2	8
UB3	Positionner le patient pour la réalisation d'un acte médical	1,00	1,38	0,51	1	2	13
UE5	Réaliser des prélèvements urinaires ou fécaux	1,00	1,39	0,50	1	2	18
US3	Vérifier le chariot de soins	1,00	1,39	0,53	1	3	61
UG15	Assister le patient à maintenir sa température dans les limites de la normale	1,00	1,40	0,55	1	2	5
UP8	Facturer les médicaments et le matériel	1,00	1,41	0,56	1	3	32
UP5	Commander les médicaments	1,00	1,45	0,56	1	3	64
UP6	Commander du matériel	1,00	1,46	0,56	1	3	63
UF3	Évaluer le statut de vaccination du patient	1,00	1,46	0,52	1	2	13
UF22	Observer et évaluer les urines et les selles du patient	1,50	1,50	0,55	1	2	6
UG13	Effectuer une prise de sang sur cathéter périphérique	1,50	1,50	0,58	1	2	4
UG17	Réaliser la surveillance d'un point de ponction artériel	1,50	1,50	0,58	1	2	4
UH12	Réaliser un pansement de cathéter	1,50	1,50	0,53	1	2	8
US6	Commander les repas	1,50	1,50	0,58	1	2	4
UP4	Classer les résultats des examens effectués	1,00	1,51	0,56	1	3	69
UA5	Aider le patient pour s'habiller et se déshabiller	1,00	1,51	0,58	1	3	49
US1	Gérer le transport du patient	1,00	1,55	0,60	1	3	73
UM8	Garantir le secret professionnel	1,00	1,58	0,66	1	3	78
US2	Vérifier le contenu du chariot de réanimation	2,00	1,58	0,56	1	3	31
UG19	Préparer un patient en vue d'une opération	2,00	1,62	0,65	1	3	13
UH8	Préparer le matériel nécessaire à une suture	2,00	1,62	0,51	1	2	13
UJ5	Effectuer une vaccination	2,00	1,63	0,52	1	2	8
UD10	Évaluer la réhydratation du patient	1,50	1,67	0,82	1	3	6
UD11	Aide au repas	2,00	1,67	0,52	1	2	6
UE9	Utiliser le matériel d'incontinence adéquat	2,00	1,67	0,52	1	2	6
UH99	Réaliser un bandage	2,00	1,67	0,52	1	2	6
UO10	Réaliser un rapport lors du transfert du patient	2,00	1,67	0,58	1	2	3

UP7	Préparer les dossiers pour les nouveaux patients	2,00	1,68	0,72	1	4	76
UJ7	Administrer correctement une oxygénothérapie	2,00	1,69	0,48	1	2	16
UH10	Assister le médecin à la réalisation de la suture	2,00	1,69	0,48	1	2	13
UH7	Préparer le matériel pour une suture de plaie	2,00	1,71	0,49	1	2	7
UH9	Assister le médecin lors de la suture d'une plaie	2,00	1,71	0,49	1	2	7
UP2	Planifier les examens médicaux	2,00	1,71	0,64	1	3	70
UH77	Désinfecter un champ	2,00	1,72	0,46	1	2	18
UQ4	Réaliser une fiche de liaison	2,00	1,73	0,79	1	3	11
UA1	Effectuer les soins d'hygiène	2,00	1,75	0,69	1	3	63
UC9	Évaluer la stabilité du patient pour le lever	2,00	1,75	0,50	1	2	4
UI10	Préparer le matériel pour la mise en place d'un cathéter central ou artériel	2,00	1,75	0,44	1	2	28
UK3	Évaluer la nécessité des mesures de prévention des chutes	2,00	1,75	0,60	1	3	36
UM3	Être à l'écoute	2,00	1,75	0,58	1	3	80
UQ3	Gérer le départ du patient d'un point de vue administratif	2,00	1,75	0,66	1	3	57
UI11	Connaître le fonctionnement des différentes pompes et pousses seringues	2,00	1,77	0,60	1	3	13
UC1	Travailler de manière ergonomique	2,00	1,77	0,76	1	3	70
UP3	Préparer les demandes d'examens médicaux	2,00	1,77	0,63	1	3	75
UA4	Stimuler le patient à l'autonomie	2,00	1,78	0,74	1	4	23
UI1	Effectuer les soins prescrits pour une perfusion périphérique	2,00	1,80	0,54	1	4	49
UA2	Effectuer les soins sans confronter le patient à sa dépendance	2,00	1,80	0,87	1	4	25
UD5	Évaluer la nécessité de maintenir un patient à jeun	2,00	1,80	0,45	1	2	5
UG28	Assister lors de la mise en place d'un plâtre	2,00	1,80	0,45	1	2	5
UI12	Effectuer les pansements de perfusions adaptés à l'urgence	2,00	1,80	0,45	1	2	5
UK11	Prévenir les complications liées au port d'un plâtre	2,00	1,80	0,45	1	2	5
UL8	Éduquer à la prévention des complications liées au port d'un plâtre	2,00	1,80	0,45	1	2	5
UL9	Éduquer concernant l'utilisation de béquilles	2,00	1,80	0,84	1	3	5
UK6	Respecter les principes d'hygiène hospitalière	2,00	1,80	0,60	1	4	71
UH5	Utiliser le matériel de pansement adéquat	2,00	1,81	0,49	1	3	26
UA3	Aider le patient à supporter sa dépendance	2,00	1,81	0,66	1	3	16
UK4	Inspecter les téguments	2,00	1,81	0,54	1	3	59
UC3	Gérer le premier lever du patient.	2,00	1,82	0,60	1	3	11
UC5	Stimuler le patient à la mobilisation	2,00	1,82	0,66	1	3	22
UI2	Effectuer les soins prescrits pour une voie centrale	2,00	1,82	0,55	1	3	28
UD2	Créer un climat agréable pendant les repas	2,00	1,82	0,53	1	3	17
UC2	Mobiliser le patient d'une façon confortable	2,00	1,83	0,74	1	4	70
UB1	Aider le patient à adopter une position confortable	2,00	1,83	0,83	1	4	66
US4	Commander une ambulance	2,00	1,83	0,41	1	2	6
UH11	Préparer une plaie avant suture	2,00	1,86	0,38	1	2	7
UC4	Adapter la mobilisation au patient	2,00	1,87	0,69	1	3	46
UH1	Effectuer correctement les soins de plaies selon la prescription	2,00	1,89	0,49	1	3	45
UE1	Gestion d'un schéma mictionnel et fécal normal ou anormal	2,00	1,89	0,69	1	4	55
UI9	Assister le médecin à la mise en place de cathéter	2,00	1,89	0,69	1	3	28
UF4	Évaluer la douleur du patient	2,00	1,90	0,67	1	3	29
UI3	Effectuer les soins prescrits pour une voie artérielle	2,00	1,90	0,61	1	3	30
UF12	Surveiller les pouls périphériques aux niveaux des extrémités	2,00	1,91	0,70	1	3	11
UE2	Effectuer les soins liés à une sonde vésicale	2,00	1,92	0,65	1	3	36
UK5	Reconnaître les signes d'escarre	2,00	1,92	0,59	1	3	38
UG9	Prendre des mesures afin d'améliorer le rythme de sommeil	2,00	1,93	0,66	1	3	28
UQ1	Orienter le patient vers les structures de soins appropriées	2,00	1,94	0,70	1	4	47
UF13	Placer un patient sous monitoring	2,00	1,97	0,77	1	4	36

Ces compétences portent sur les aspects suivants :

- AVQ
- Soins hygiène
- Gestion de l'élimination
- Évaluation de paramètres courants
- Pansement simple

- Réalisation de soins simples
- Aide aux médecins pour la réalisation d'un acte technique
- Mobilisation du patient et éducation à la mobilisation
- Aspects administratifs et logistiques

La différenciation de fonction doit s'envisager différemment d'un service à l'autre et les critères pour cette dernière varie également d'un service à l'autre.

Le service des urgences regroupe des compétences estimées comme les moins complexes comparativement aux autres services en termes de complexité globale. Il existe une plus grande dispersion de scores de complexité dans ce service.

A l'autre extrême, le service de gériatrie mobilise des compétences dont les score de complexité sont évalués comme les plus complexes.

Entre ces deux extrêmes, même si des différences peuvent être pointées, les services de chirurgie, soins intensifs, hémodialyse et bloc opératoire sont similaires bien que les compétences ou classes de compétences mobilisées soient différentes, en particulier pour le bloc opératoire.

Dans tous les services les compétences relative à la gestion administrative et logistique de l'unité et des patients sont évalués comme moins complexes. Une délégation de tâches relatives à ces compétences semble envisageable. Il en est de même pour la gestion des AVQ.

II COMPLEXITÉ DES COMPÉTENCES, PAR SERVICE

L'objectif de cette analyse est exploratoire. Il s'agit de décrire la complexité globale et par composante pour chaque compétence, service par service.

Cette analyse exploratoire permet d'identifier les compétences estimées les plus complexes par les experts et celle estimées les moins complexes, et ce pour chaque spécialité. Des box-plots illustreront le propos.

II.1 ANALYSE DE LA COMPLEXITÉ GLOBALE

L'objectif de cette analyse est double :

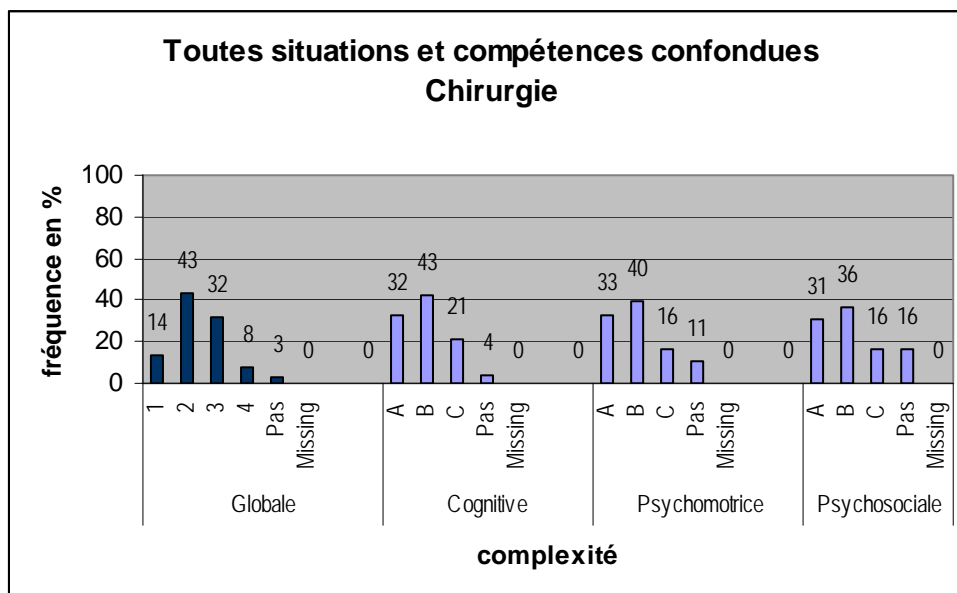
- Analyse exploratoire des données, par service ;
- Identification des différences en termes de complexité des compétences, entre types de situations, par service.

Concrètement, existe-t-il une différence en termes de complexité globale des compétences, entre les situations simples, courantes, difficiles et urgentes (test de Kruskal-Wallis), par service. Il s'agit aussi d'apprécier s'il existe une différence en termes de complexité par composante (cognitive, psychomotrice et psychosociale).

II.1.1 Chirurgie

En chirurgie, la majorité des compétences sont estimées à 2 ou à 3 en termes de complexité globale (respectivement 43% et 32%). Seul 8% des compétences ont un score égal à 4 et 14% un score égal à un.

Figure 6.1 Fréquence des scores de complexité, toutes compétences et situations confondues en chirurgie



La complexité des compétences en chirurgie, globalement oscille autour de 2,38 (SD : 0,54).

Cette première tendance doit être nuancée en fonction du type de situations : ainsi, la complexité des compétences est moins élevée pour les situations 'simples' (1,97 ; SD : 0,43) et plus complexe pour les situations 'difficiles' (2,59 ; SD : 0,48). La complexité des compétences pour les situations dites 'urgentes' est estimée aussi parmi les moins complexes).

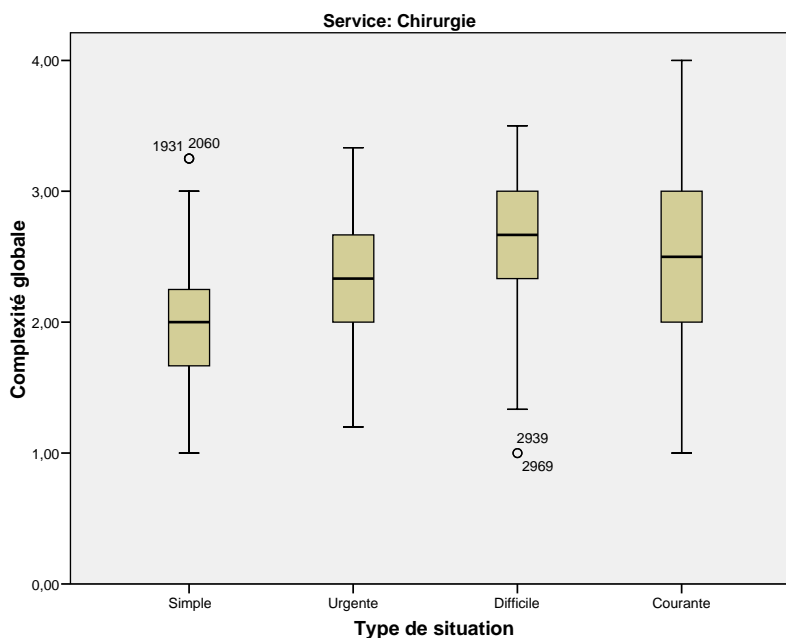
Tableau 6.13. Complexité globale des compétences en chirurgie

Type de situation	Median	Mean	Std. Deviation	Minimu m	Maximu m	N
Chirurgie						
Difficile	2,67	2,59	0,48	1,00	3,50	303
Courante	2,50	2,49	0,54	1,00	4,00	489
Simple	2,00	1,97	0,43	1,00	3,25	282
Urgente	2,33	2,36	0,46	1,20	3,33	321
Total	2,33	2,38	0,54	1,00	4,00	1395

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

Comme le souligne la Figure 6.15, la complexité globale pour les situations courantes présente la plus large dispersion et 'couvre' la complexité pour les autres types de situations (les scores de complexité globale oscillant entre 1 et 4). Les différences en termes de complexité globale sont statistiquement significatives entre types de situations (test de Kruskal-Wallis : ($\chi^2=232.696$; $df=3$; $p<0.00$)). Paradoxalement les situations estimées comme urgentes ne nécessitent pas des compétences ayant un score de complexité élevé (2,36 ;SD : 0,46).

Figure 6.2. Complexité globale des compétences en chirurgie

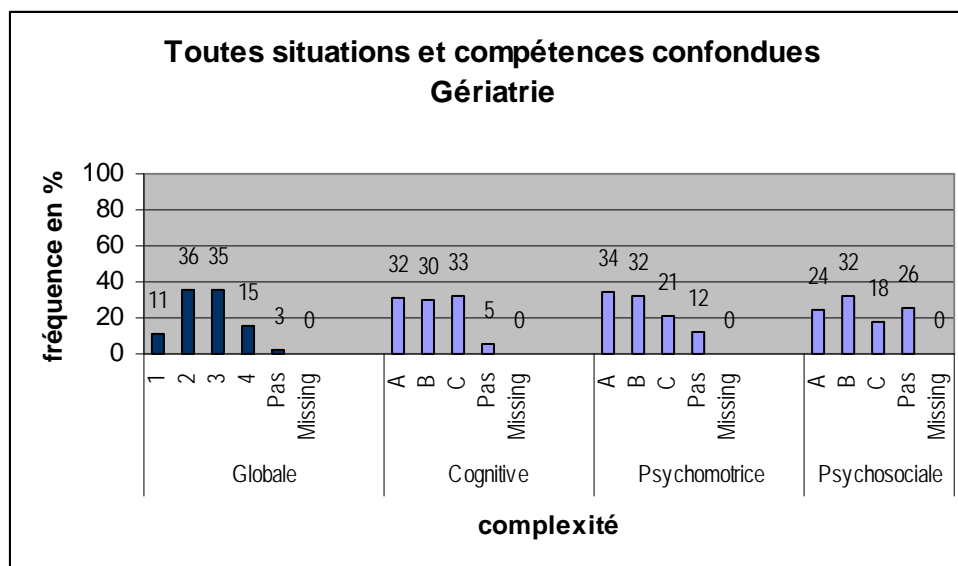


Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

11.1.2 Gériatrie

En gériatrie, la majorité des compétences est estimée en termes de complexité globale à 2 ou 3 (respectivement, 36% et 35%) ; 15% ont un score de 4 (Figure 6.3).

Figure 6.3 Fréquence des scores de complexité, toutes compétences et situations confondues en gériatrie



Néanmoins, la complexité moyenne est estimée à 2,58 (SD : 0,58). C'est pour les situations difficiles que la complexité globale est la plus élevée et pour les situations simples, la moins élevée. La complexité des compétences pour les situations urgentes (2,60 ; SD : 0,64) et difficiles (2,69 ; SD : 0,59) est plus élevée que la moyenne générale. Les situations difficiles nécessitent des compétences dont la complexité globale est estimée à 4.

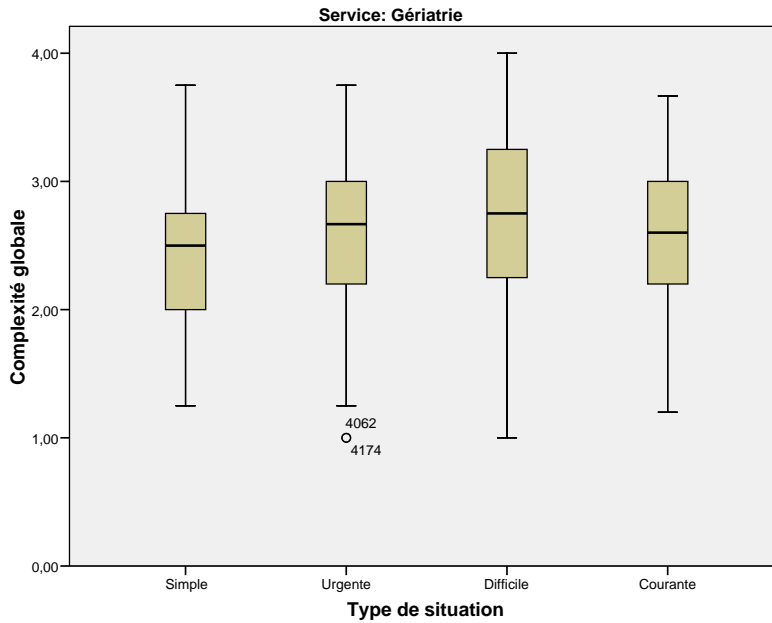
Tableau 6.14 Complexité globale des compétences en gériatrie

Type de situation	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
Difficile	2,75	2,69	,59	1,00	4,00	347
Courante	2,60	2,54	,55	1,20	3,67	441
Simple	2,50	2,43	,55	1,25	3,75	200
Urgente	2,66	2,60	,64	1,00	3,75	211
Total	2,66	2,58	,58	1,00	4,00	1199

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

Mais comme le souligne la Figure 6.18, chaque type de situations implique un niveau de complexité globale très variable d'une situation à l'autre.

Figure 6.4 Complexité globale des compétences en gériatrie



Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

La différence de complexité globale est statistiquement significative (test de Kruskal-Wallis : $\chi^2=34,489$; $df=3$; $p<0.00$), bien que numériquement les différences soient faibles.

11.1.3 Bloc opératoire

Concernant le bloc opératoire, le score de complexité le plus souvent attribué est le score 2 (pour 40% des compétences) et le score 3 pour 28% des compétences. Soulignons aussi que 15% des compétences sont estimées avec un score de complexité de 4.

Figure 6.5 Fréquence des scores de complexité, toutes compétences et situations confondues au bloc opératoire

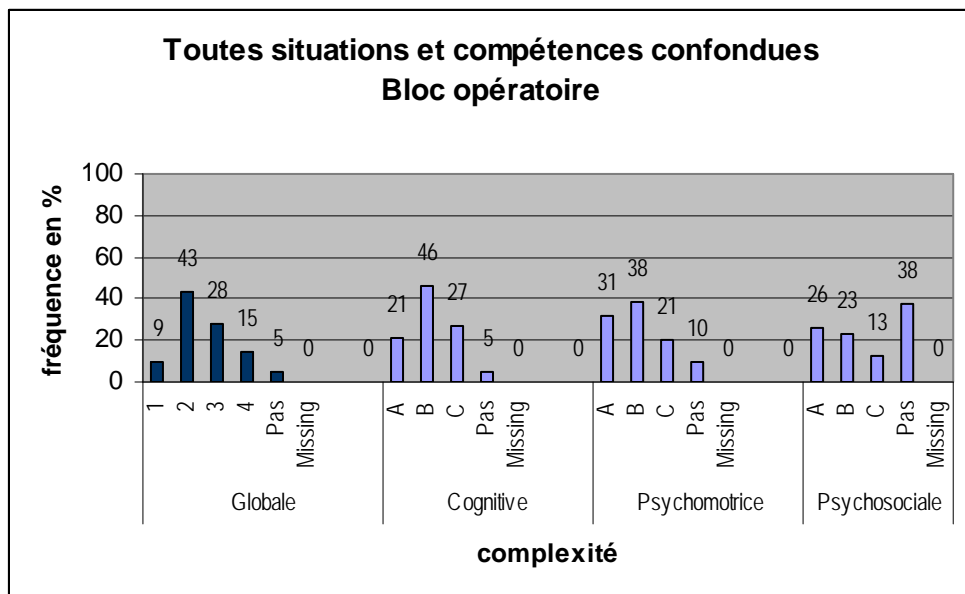
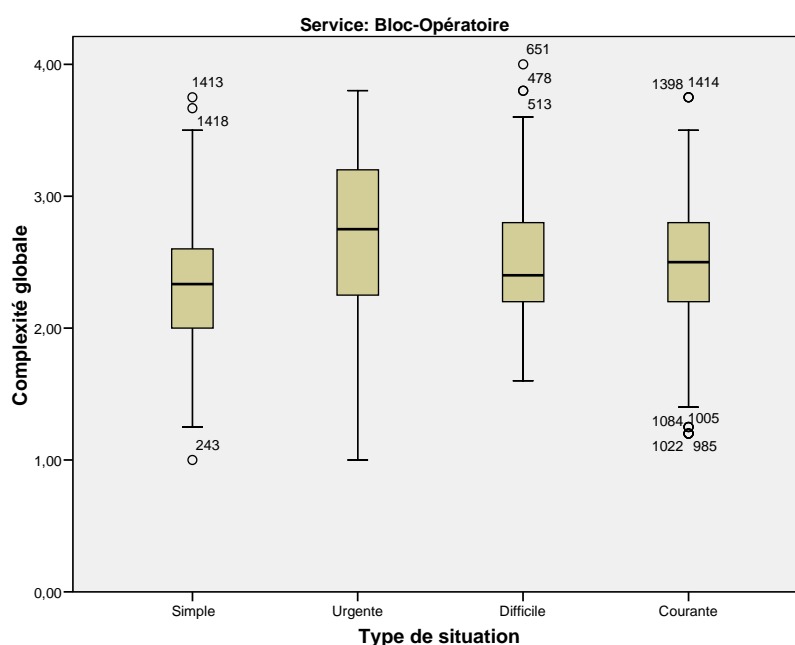


Tableau 6.15 Complexité globale des compétences au bloc opératoire

Type de situation	Median	Mean	Std. Deviation	Minimu m	Maximu m	N
Difficile	2,40	2,50	,49	1,60	4,00	383
Courante	2,50	2,49	,52	1,20	3,75	483
Simple	2,33	2,30	,47	1,00	3,75	351
Urgente	2,75	2,66	,58	1,00	3,80	349
Total	2,50	2,49	,53	1,00	4,00	1566

Données Means_competences; calcul : CIES-SESA - UCL

Le score moyen de la complexité globale est systématiquement supérieur à 2 : le score moyen global est de 2,49 (SD : 0,53). Le score moyen est le plus élevé pour les situations urgentes (2,66 ; SD : 0,58) ; la variation y est aussi la plus élevée. A nouveau, les situations simples recueillent le score de complexité globale le moins élevé (2,33 ; SD : 0,47). Seules les situations difficiles mobilisent des compétences estimées à un score de complexité égal à 4. Les différences observées entre types de situations sont statistiquement significatives ($\chi^2=76.812$; $df=3$; $p<0.00$).

Figure 6.6 Complexité globale des compétences au bloc opératoire

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA – UCL

Contrairement aux autres services, les situations qualifiées d'urgentes au bloc opératoire nécessitent des compétences plus complexes, alors que peu de différences sont observées entre les situations simples, difficiles et courantes.

11.1.4 Hémodialyse

Dans les services d'hémodialyse, la majorité des compétences recueillent le score 2 ou 3 (respectivement 43% et 32%). Notons que 9% des compétences ont un score de complexité égal à 4.

Figure 6.7 Fréquence des scores de complexité, toutes compétences et situations confondues en hémodialyse

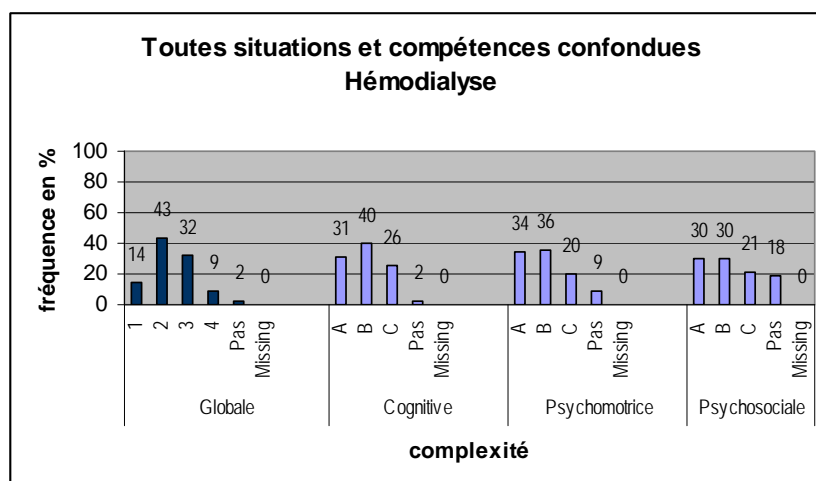


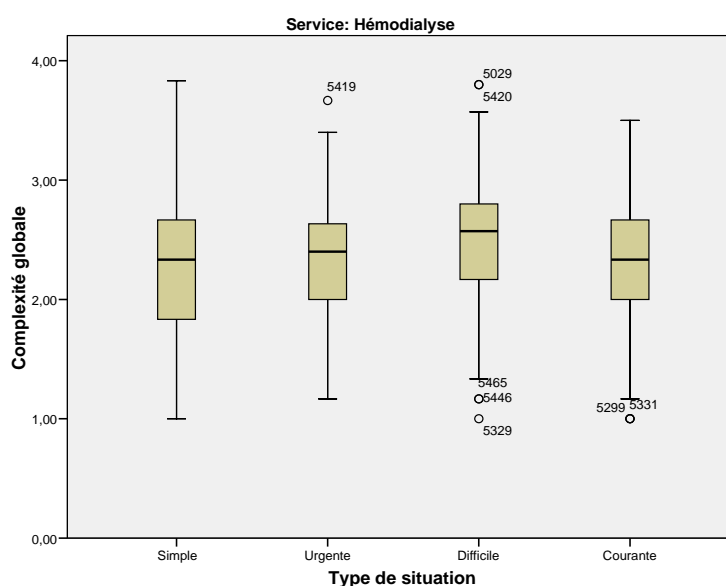
Tableau 6.16 Complexité globale des compétences en hémodialyse

Type de situation	Median	Mean	DS	Min	Max	N
Difficile	2,57	2,47	,51	1,00	3,80	465
Courante	2,33	2,31	,51	1,00	3,50	304
Simple	2,33	2,24	,56	1,00	3,83	260
Urgente	2,40	2,32	,52	1,17	3,67	248
Total	2,40	2,35	,53	1,00	3,83	1277

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

A nouveau, les différences entre types de situations sont statistiquement significatives comme en atteste le test de Kruskal Wallis ($\chi^2=38.671$; $df=3$; $p<0.00$) bien que très faibles numériquement. Ce sont les situations difficiles pour lesquelles le score de complexité global moyen est le plus élevé (2,47 ; SD : 0,51). Aucune différence ne distingue les situations courantes des situations urgentes. Comme le souligne la Figure 6.24, certaines compétences bénéficient d'un score de complexité élevé (3 et +) quel que soit le type de situations mais pas de score 4.

Figure 6.8 Complexité globale des compétences en hémodialyse

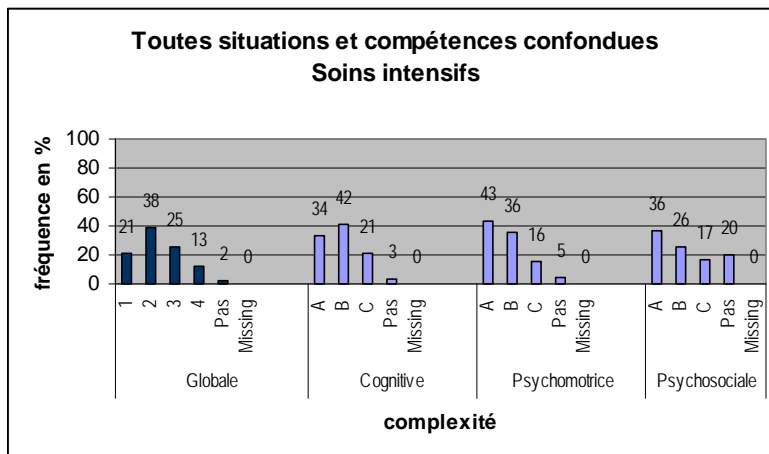


Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

11.1.5 Soins intensifs

Plus d'un tiers des situations (38%) recueille un score de complexité de 2. De même, 38% des compétences recueillent un score de complexité 3 ou 4 (respectivement 25% et 13%).

Figure 6.9 Fréquence des scores de complexité, toutes compétences et situations confondues aux soins intensifs



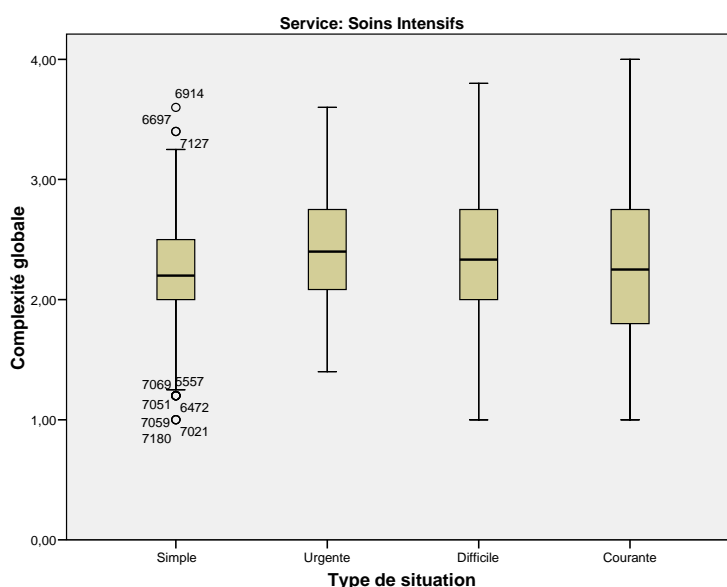
Les situations urgentes recueillent des scores de complexité les plus élevés (2,41 ; SD : 0,44). Paradoxalement, seules les situations dites courantes nécessitent des compétences dont la complexité globale est estimée à 4.

Tableau 6.17 Complexité globale des compétences aux soins intensifs

Type de situation	Median	Mean	Std. Deviation	Minimu m	Maximu m	N
Difficile	2,33	2,34	,58	1,00	3,80	337
Courante	2,25	2,28	,56	1,00	4,00	787
Simple	2,20	2,20	,46	1,00	3,60	337
Urgente	2,40	2,41	,44	1,40	3,60	264
Total	2,25	2,29	,54	1,00	4,00	1725

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

Figure 6.10 Complexité globale des compétences aux soins intensifs



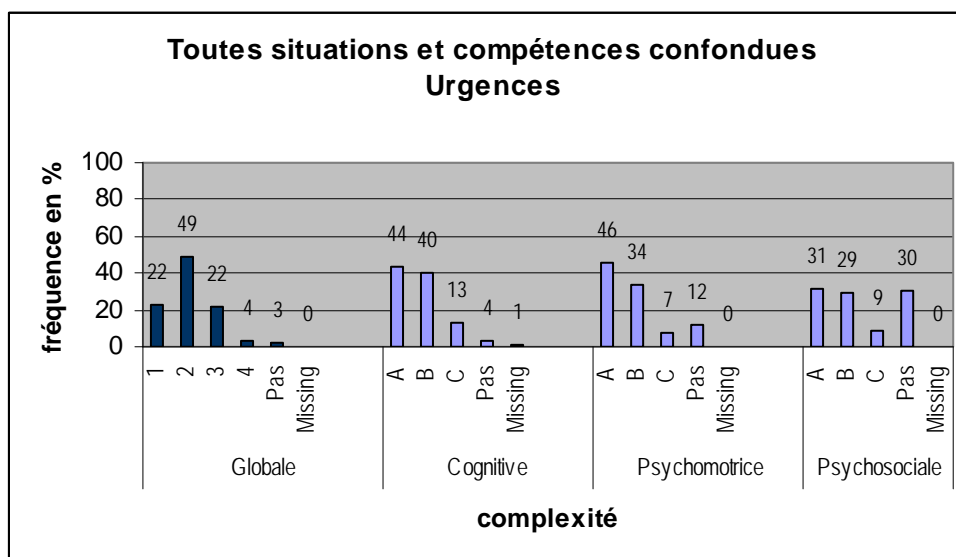
Données Meanscompetences ; calcul : CIES-SESA - UCL

Les différences observées entre types de situations sont statistiquement significatives ($\chi^2=27.193$; $df=3$; $p<0.00$).

11.1.6 Urgences

La moitié des compétences mobilisées dans un service d'urgence sont estimées à un score de complexité 2 (49%) et 22% à un score de 3.

Figure 6.11 Fréquence des scores de complexité, toutes compétences et situations confondues aux urgences



Le score moyen de complexité globale est le plus faible de tous les services étudiés et oscille autour de 2 (2,09 ; SD : 0,47). Les situations simples et courantes mobilisent des compétences dont le score moyen est inférieur à 2. Seules les situations difficiles et urgentes nécessitent des compétences estimées comme plus complexes. Les situations difficiles impliquent des compétences très complexes (évaluées à 4).

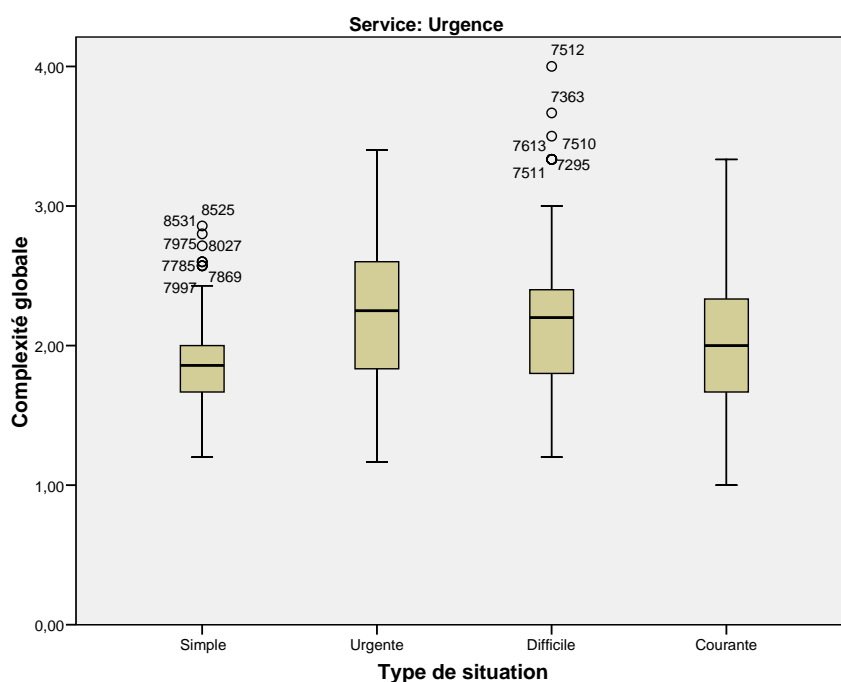
Tableau 6.18 Complexité globale des compétences aux urgences

Type de situation	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
Difficile	2,20	2,18	,47	1,20	4,00	339
Courante	2,00	1,99	,46	1,00	3,33	439
Simple	1,86	1,88	,35	1,20	2,86	198
Urgente	2,25	2,23	,48	1,17	3,40	359
Total	2,00	2,09	,47	1,00	4,00	1335

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

Comme le souligne la Figure r6.30, ce sont les situations urgentes qui justifient la complexité globale des compétences la plus élevée. Les situations simples semblent ne mobiliser que des compétences peu complexes. Les différences observées entre situations sont statistiquement significatives ($\chi^2=99.639$; $df=3$; $p<0.00$).

Figure 6.12 Complexité globale des compétences aux urgences



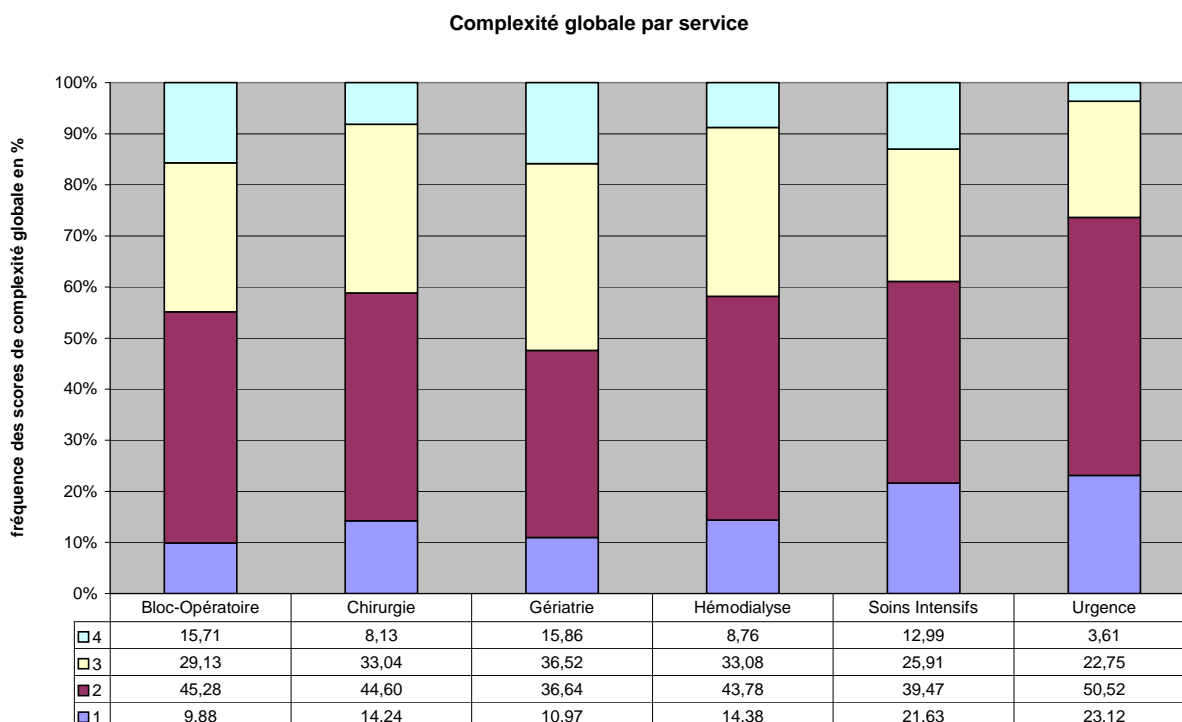
Key points

Le type de service influe la complexité globale des compétences. Le service d'urgence mobilise la majorité (73%) de compétences dont la complexité est inférieure ou égale à 2. Par contre, dans le service de gériatrie, la moitié (52%) des compétences sont estimées avec un score égal ou supérieur à 3.

Ce sont les services de soins intensifs, de gériatrie et le bloc opératoire qui mobilisent le plus grand nombre de compétences estimées à 4. A l'inverse, dans les services d'urgence et de soins intensifs, près de 20% des compétences sont estimées à 1.

A ce stade des analyses, le type de situations, par service influe la complexité globale des compétences. Les situations simples impliquent le plus souvent des compétences dont la complexité globale est peu complexe (score 1 ou 2) et les situations urgentes ou difficiles comme les plus complexes (score 4).

Figure 6.13. Score de complexité globale des compétences par service



11.2 COMPLEXITÉ PAR COMPOSANTE

L'analyse de la complexité par composante permet de mettre en exergue que systématiquement, la composante cognitive est estimée comme la plus complexe et la composante psychosociale comme la moins complexe, sauf au urgence où la composante psychosociale prend le dessus sur la composante psychomotrice.

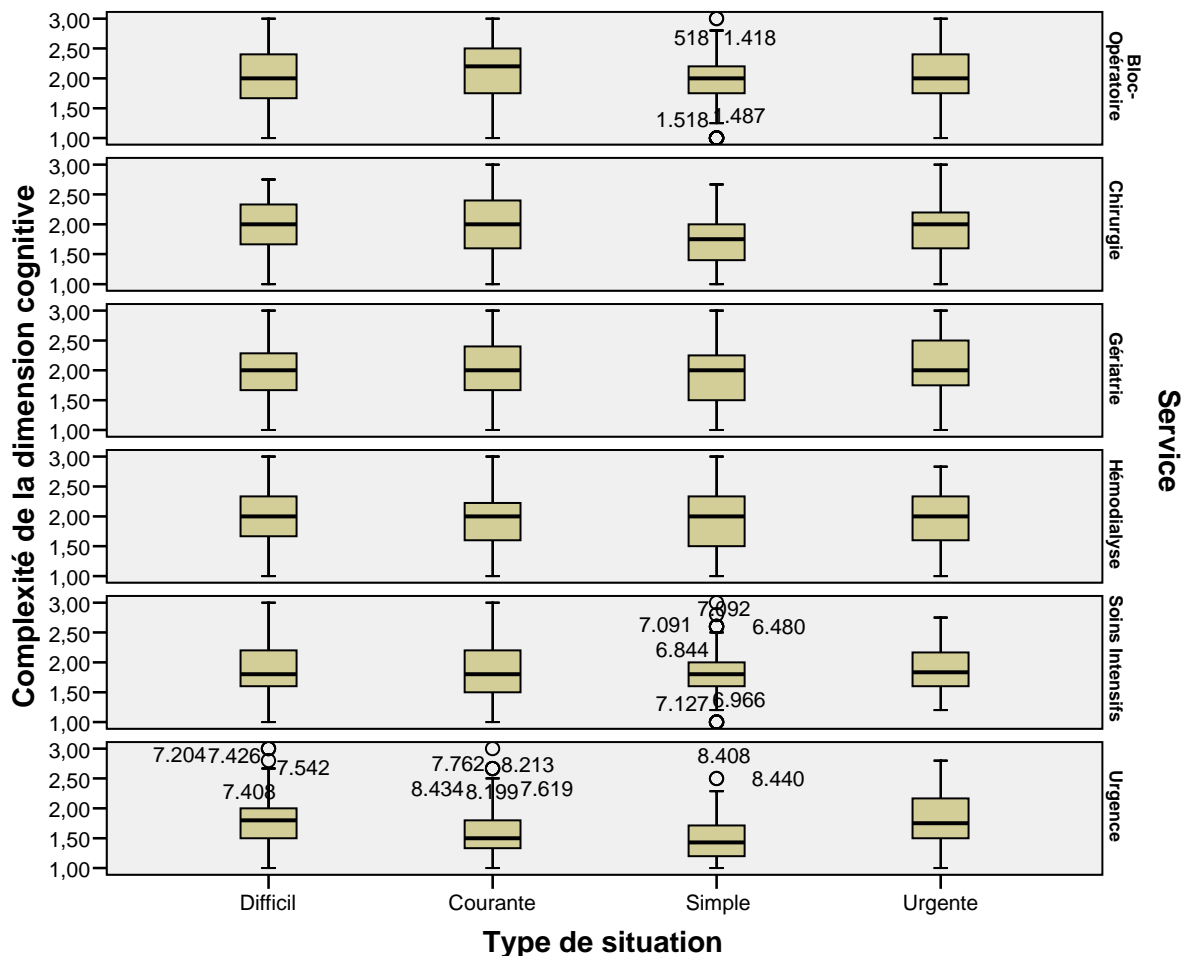
Tableau 6.19 Complexité des compétences par composante et par service

Service		Complexité de la dimension cognitive	Complexité de la dimension psychomotrice	Complexité de la dimension psychosociale
Bloc-Opératoire	Mean	2,0416	1,8682	1,6869
	Std. Deviation	,46434	,49004	,50225
	N	1566	1566	1523
Chirurgie	Mean	1,8935	1,8430	1,7842
	Std. Deviation	,44928	,46687	,48608
	N	1395	1395	1384
Gériatrie	Mean	2,0110	1,8650	1,8316
	Std. Deviation	,49117	,51857	,50727
	N	1199	1199	1195
Hémodialyse	Mean	1,9471	1,8630	1,8329
	Std. Deviation	,47332	,45646	,50028
	N	1277	1277	1277
Soins Intensifs	Mean	1,8694	1,7059	1,7161
	Std. Deviation	,41458	,41132	,48305
	N	1725	1725	1703
Urgence	Mean	1,6816	1,5549	1,6276
	Std. Deviation	,42497	,37379	,48294
	N	1335	1335	1296

Total	Mean	1,9073	1,7806	1,7426
	Std. Deviation	,46599	,46765	,49851
	N	8497	8497	8378

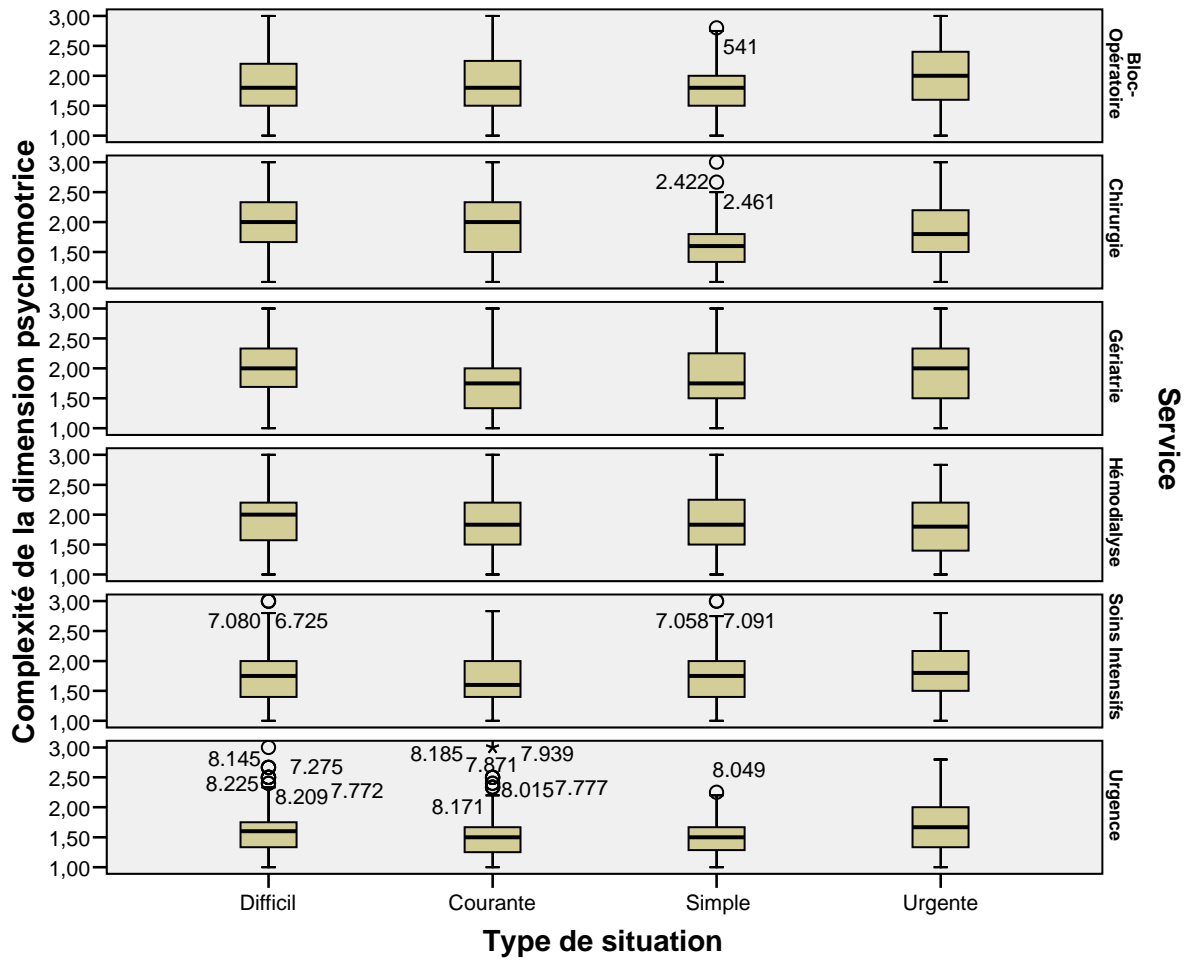
Comme le souligne les trois tables de figures ci-après, il existe peu de variations en fonction des situations, si ce n'est que comme déjà mentionné, les situations simples sont associées à des niveaux de complexité —par composante— plus faibles comparativement aux autres types de situations,

Figure 6.14. Complexité pour la composante cognitive, par type de situations et par service



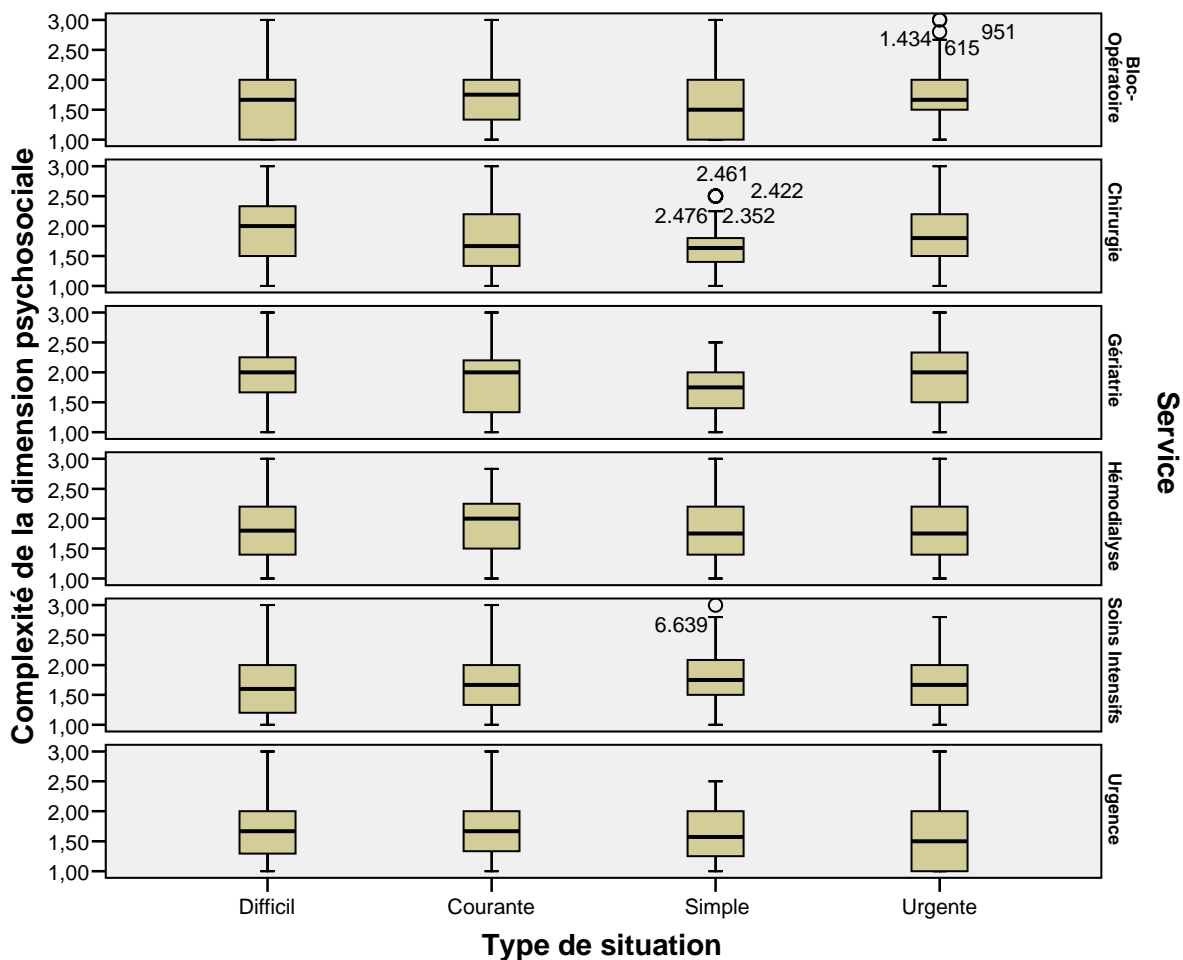
Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA – UCL

Figure 6.15. Complexité pour la composante psychomotrice, par type de situations et par service



Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA – UCL

Figure 6.16. Complexité pour la composante psychosociale, par type de situations et par service



Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

La composante cognitive de la complexité est systématiquement évaluée, quel que soit le service et/ou le type de situations comme la composante la plus complexe.

La composante psychosociale est considérée comme la moins complexe.

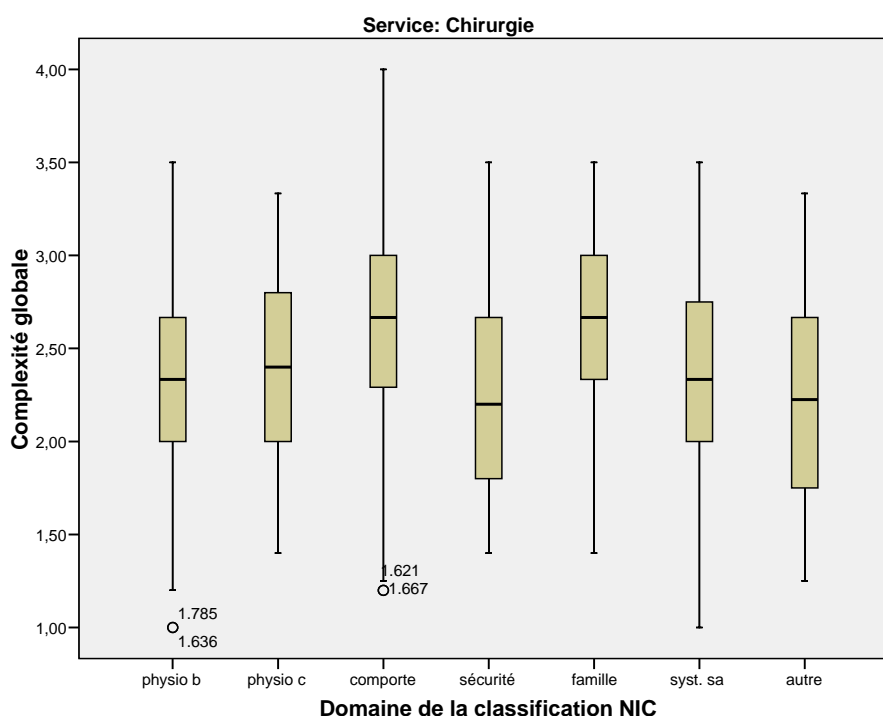
Les situations simples sont associées à un niveau de complexité par composante le moins élevé comparativement aux autres types de situations. A l'inverse les situations difficiles sont associées à un niveau de complexité le plus complexe.

12 COMPLEXITÉ GLOBALE SELON LA CLASSIFICATION NIC II ET PAR SERVICE

12.1 CHIRURGIE

En chirurgie, les domaines de compétences issus de la classification NIC II (en abrégé domaine de compétences NIC II) évalués comme les plus complexes sont les **aspects comportementaux** (2,57 ; SD : 0,54) et les **aspects familiaux** (2,61 ; SD : 0,50) même si le nombre de compétences mobilisées dans ce dernier domaine est peu élevé (N= 38). A l'inverse, les aspects sécuritaires sont moins complexes en moyenne. Sinon, il existe peu de différences entre les autres domaines de compétences NIC II. Néanmoins les différences restent statistiquement significatives (test de Kruskal-Wallis : $\chi^2=54.232$; $df=6$; $p<0.00$).

Figure 6.17 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service de chirurgie



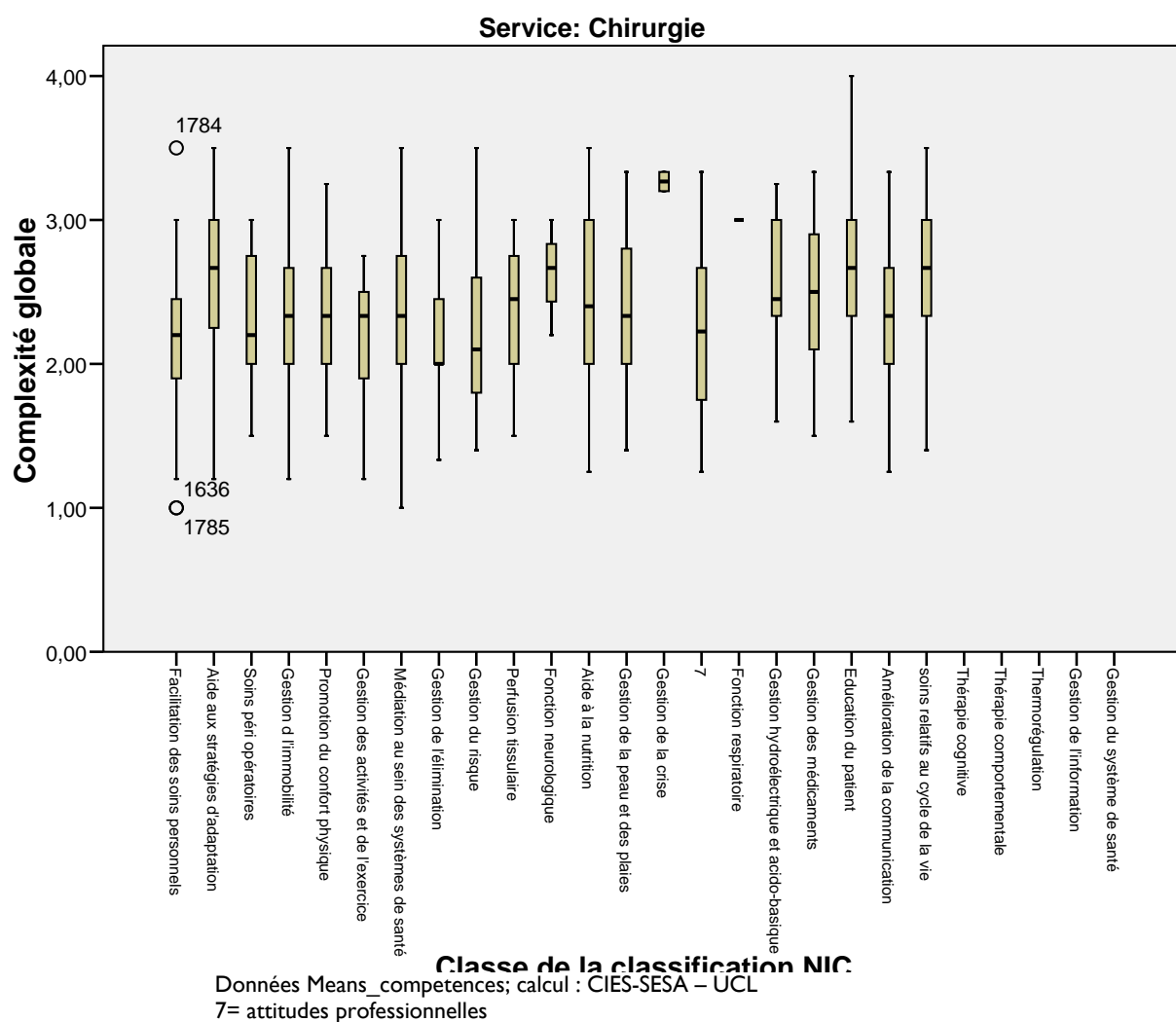
Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

Tableau 6.20 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service de chirurgie

Domaine de la classification NIC	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
physio base	2,33	2,28	,51	1,00	3,50	243
physio complexe	2,40	2,42	,48	1,40	3,33	251
comportemental	2,66	2,57	,54	1,20	4,00	203
Sécurité	2,20	2,27	,53	1,40	3,50	128
Famille	2,66	2,61	,50	1,40	3,50	37
syst. Santé	2,33	2,35	,55	1,00	3,50	443
Autre	2,22	2,25	,55	1,25	3,33	90
Total	2,33	2,38	,54	1,00	4,00	1395

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA – UCL

Figure 6.18 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service de chirurgie



Deux classes de compétences sont évaluées à 3 ou plus mais leur occurrence est peu élevée : il s'agit de la **gestion de la crise** et **gestion de la fonction respiratoire**. La fonction **neurologique**, bien qu'ayant un score moyen plus faible, requiert des compétences dont le niveau de complexité est d'emblée supérieure à deux.

Le score moyen pour les autres classes de compétences NIC II est estimé à un niveau de complexité supérieur à 2, mais certaines compétences sont évaluées en termes de complexité comme moins complexe que 2.

Tableau 6.21 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service de chirurgie

Classe de la classification NIC	Median	Mean	SD	Min	Max	N
Gestion de la crise	3,26	3,27	,09	3,20	3,33	2
Fonction respiratoire	3,00	3,00	.	3,00	3,00	1
Education du patient	2,66	2,72	,49	1,60	4,00	77
Fonction neurologique	2,66	2,62	,40	2,20	3,00	3
soins relatifs au cycle de la vie	2,66	2,61	,50	1,40	3,50	37
Aide aux stratégies d'adaptation	2,66	2,56	,55	1,20	3,50	87
Gestion hydroélectrique et acido-basique	2,45	2,51	,49	1,60	3,25	10
Gestion des médicaments	2,50	2,49	,46	1,50	3,33	76
Aide à la nutrition	2,40	2,48	,59	1,25	3,50	33
Gestion de la peau et des plaies	2,33	2,38	,51	1,40	3,33	96

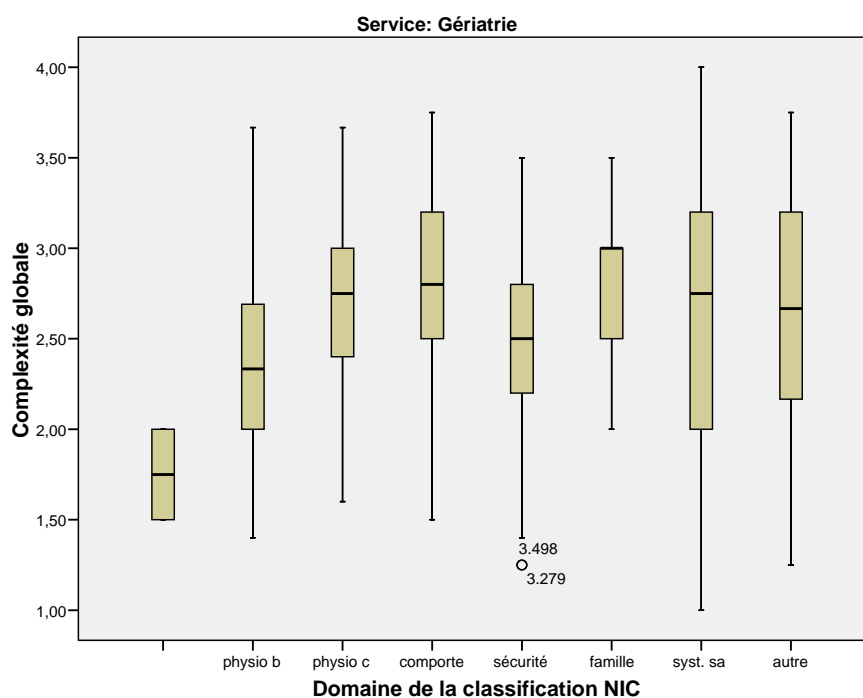
Perfusion tissulaire	2,45	2,38	,46	1,50	3,00	54
Gestion d l'immobilité	2,33	2,36	,45	1,20	3,50	67
Médiation au sein des systèmes de santé	2,33	2,35	,55	1,00	3,50	443
Soins péri opératoires	2,20	2,34	,49	1,50	3,00	11
Promotion du confort physique	2,33	2,32	,50	1,50	3,25	30
Amélioration de la communication	2,33	2,31	,55	1,25	3,33	39
Gestion du risque	2,10	2,26	,51	1,40	3,50	126
Attitudes professionnelles	2,22	2,25	,55	1,25	3,33	90
Gestion des activités et de l'exercice	2,33	2,20	,43	1,20	2,75	15
Facilitation des soins personnels	2,20	2,17	,53	1,00	3,50	71
Gestion de l'élimination	2,00	2,15	,49	1,33	3,00	27
Total	2,33	2,38	,54	1,00	4,00	1395

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

12.2 GÉRIATRIE

En gériatrie, quatre domaines de compétences NIC II requiert un niveau de complexité élevé, dont les scores moyens sont proches de 3 : il s'agit de domaine de la physiologie complexe, comportement, gestion de la famille et gestion du système de santé. Néanmoins, ce dernier domaine semble hétérogène, la dispersion des scores s'échelonnant entre 1 et 4.

Figure 6.19 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service de gériatrie



Données Means_competences8_N=103 ; calcul : CIES-SESA – UCL

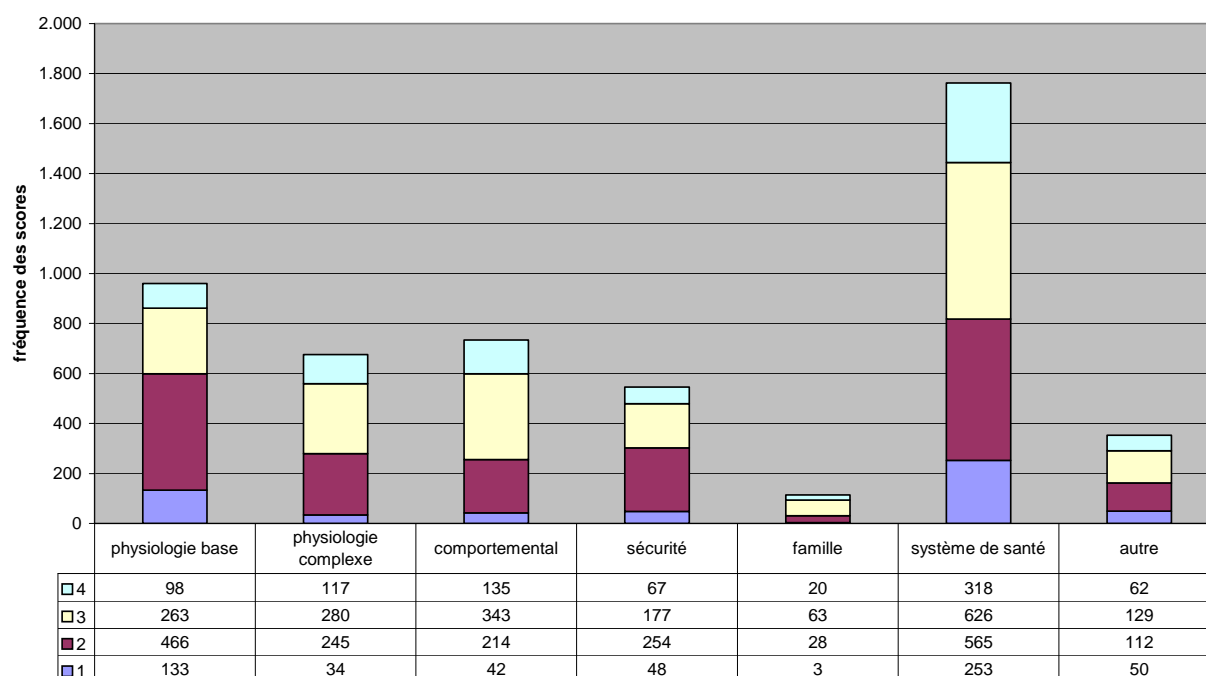
Les différences observées entre domaines de compétences sont statistiquement significatives ($\chi^2=80,22$; $df=6$; $p<0.00$).

Tableau 6.22 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service de gériatrie

Domaine de la classification NIC	Median	Mean	SD	Min	Max	N
physio base	2,33	2,36	,46	1,40	3,67	223
physio complexe	2,75	2,72	,44	1,60	3,67	161
comportemental	2,80	2,77	,49	1,50	3,75	173
sécurité	2,50	2,49	,49	1,25	3,50	125
famille	3,00	2,85	,38	2,00	3,50	26
syst. santé	2,75	2,57	,70	1,00	4,00	408
autre	2,66	2,58	,65	1,25	3,75	81
Total	1,75	1,75	,35	1,50	2,00	2
Total	2,66	2,58	,59	1,00	4,00	1 199

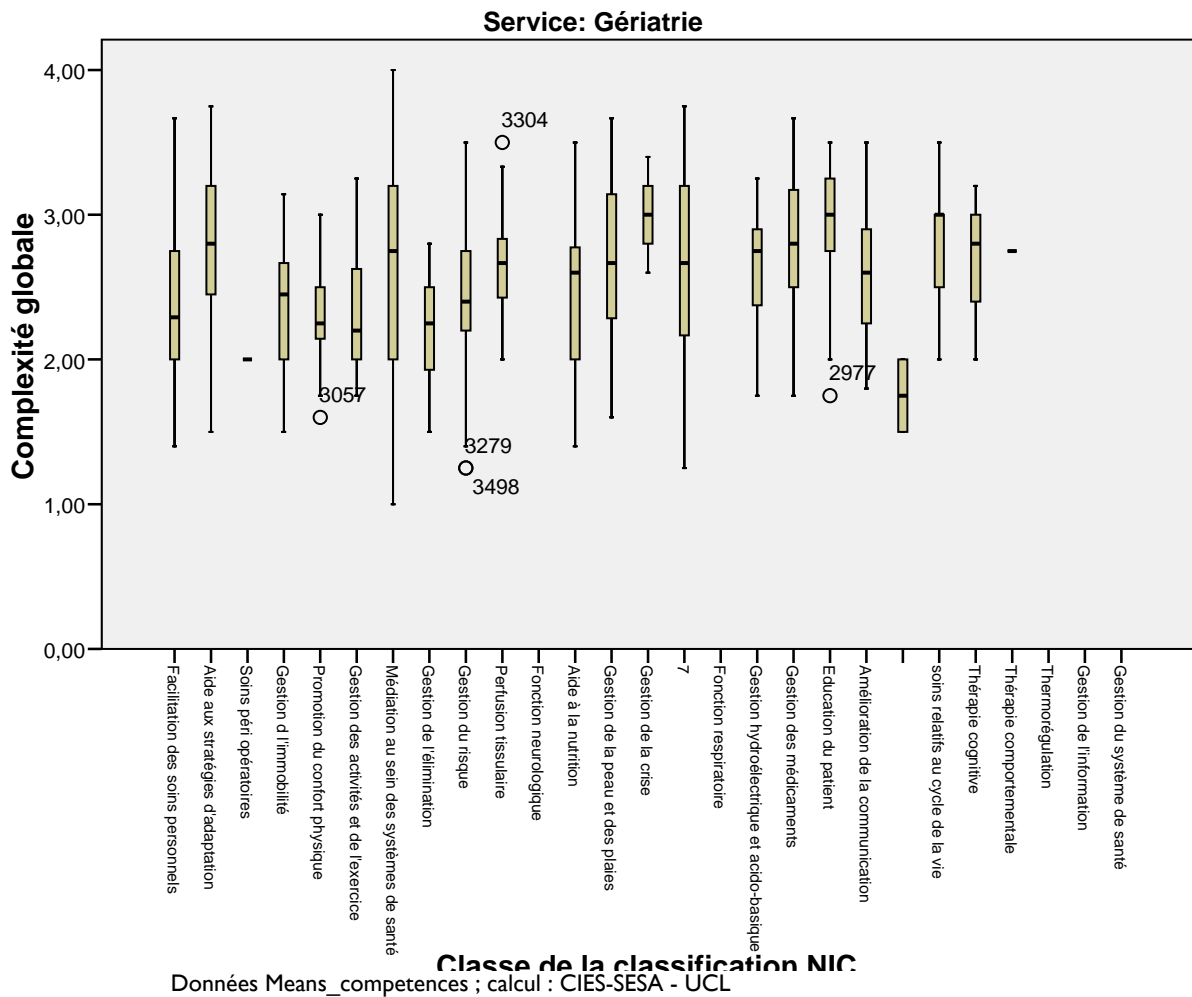
Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

Complexité globale par domaine de compétences (NIC II) pour la gériatrie



Comme le souligne la figure précédente, les aspects dits 'familiaux' sont peu récurrents contrairement aux aspects 'gestion du système de santé' qui recouvrent bon nombre de compétences différentes.

Figure 6.20 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service de gériatrie



Plus précisément, trois classes de compétences NIC II regroupent des compétences dont la complexité globale est égale à 3 : il s'agit de :

- la gestion de la crise
- l'éducation au patient
- les soins relatifs aux cycles de la vie.

Comme l'indique la Figure 6.43, quelle que soit la classe de compétence NIC II, plus de la moitié des scores de complexité globale sont supérieurs à 2, signant ainsi une activité infirmière nécessitant une expertise avérée.

La classe 'médiation au sein du système de santé' regroupe des compétences dont le score de complexité est dispersé entre 1 et 4 et nécessite une analyse plus approfondie.

Tableau 6.23 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service de gériatrie

Classe de la classification NIC	Media					
	n	Mean	SD	Min	Max	N
Gestion de la crise	3,00	3,00	,26	2,60	3,40	8
V	3,00	3,00	,35	2,75	3,25	2
Education du patient	3,00	2,92	,42	1,75	3,50	47
soins relatifs au cycle de la vie	3,00	2,85	,38	2,00	3,50	26
Gestion des médicaments	2,80	2,83	,44	1,75	3,67	60
Aide aux stratégies d'adaptation	2,80	2,77	,53	1,50	3,75	87
Thérapie comportementale	2,75	2,75	.	2,75	2,75	1
Gestion de la peau et des plaies	2,66	2,67	,49	1,60	3,67	42
Perfusion tissulaire	2,66	2,66	,37	2,00	3,50	46
Thérapie cognitive	2,80	2,66	,61	2,00	3,20	3
Gestion hydroélectrique et acido-basique	2,75	2,62	,45	1,75	3,25	12
Amélioration de la communication	2,60	2,59	,42	1,80	3,50	35
Attitudes professionnelles	2,66	2,58	,65	1,25	3,75	81
Médiation au sein des systèmes de santé	2,75	2,57	,70	1,00	4,00	408
Aide à la nutrition	2,60	2,48	,54	1,40	3,50	44
Gestion du risque	2,40	2,45	,48	1,25	3,50	115
Facilitation des soins personnels	2,29	2,38	,53	1,40	3,67	58
Gestion d l'immobilité	2,45	2,35	,39	1,50	3,14	52
Gestion des activités et de l'exercice	2,20	2,33	,49	1,75	3,25	8
Promotion du confort physique	2,25	2,29	,31	1,60	3,00	26
Gestion de l'élimination	2,25	2,22	,36	1,50	2,80	35
Soins péri opératoires	2,00	2,00	.	2,00	2,00	1
Total	1,75	1,75	,35	1,50	2,00	2
	2,66	2,58	,58	1,00	4,00	1199

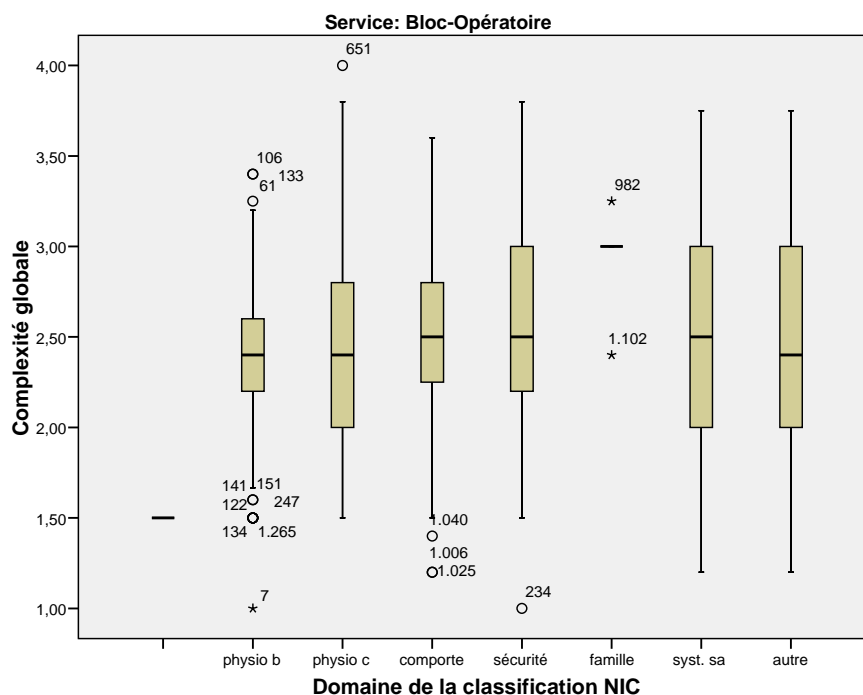
Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

Comme le suggère les résultats précédents, le niveau de complexité globale des compétences est élevé et aucune classe particulière ne se dégage particulièrement.

12.3 BLOC OPERATOIRE

Au bloc opératoire, plus de la moitié des scores de complexité est supérieure à deux, quel que soit le domaine de compétences NIC II. Mais contrairement aux services généraux (gériatrie et chirurgie), la Figure 6.44 souligne une importante hétérogénéité des scores de complexité globale. On constate aussi un grand nombre de outliers. Il n'existe pas de domaines de compétences NIC II se distinguant des autres. D'ailleurs, le test de Kruskal Wallis est à peine statistiquement significatif ($\chi^2=13.019$; $df=6$; $p=0.043$). Notons que le domaine NIC II 'famille' est peu présent au bloc opératoire.

Figure 6.21 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le bloc opératoire



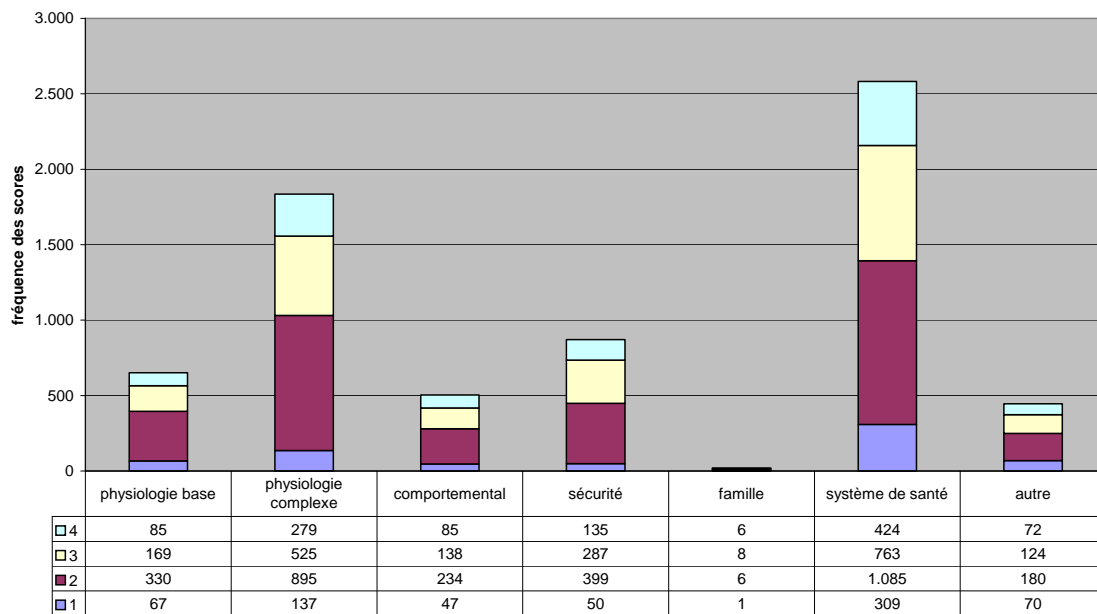
Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA – UCL

Tableau 6.24 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le bloc opératoire

Domaine de la classification NIC	Median	Mean	SD	Min	Max	N
Physio base	2,40	2,39	,44	1,00	3,40	143
Physio complexe	2,40	2,50	,51	1,50	4,00	417
Comportemental	2,50	2,52	,46	1,20	3,60	115
Sécurité	2,50	2,56	,50	1,00	3,80	196
Famille	3,00	2,93	,31	2,40	3,25	5
Syst. santé	2,50	2,48	,57	1,20	3,75	588
Autre	2,40	2,44	,58	1,20	3,75	101
Total	1,50	1,50	.	1,50	1,50	1
	2,50	2,48	,53	1,00	4,00	1566

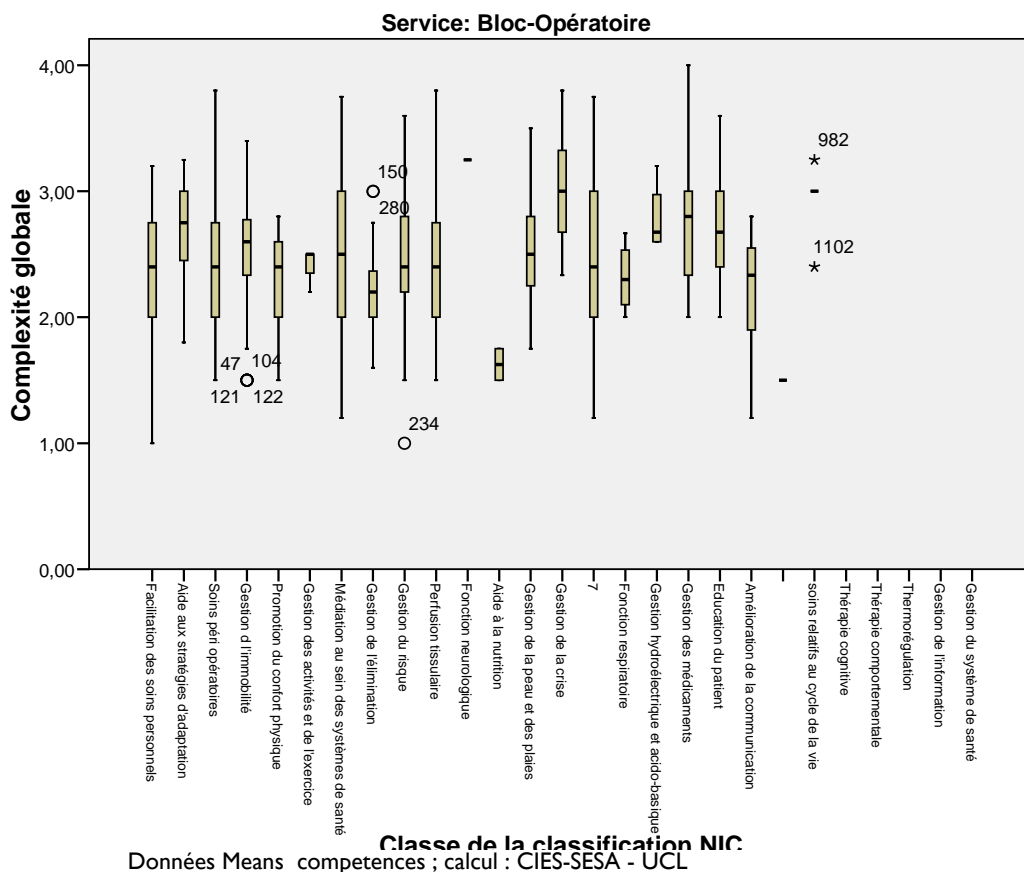
Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA – UCL

Complexité globale par domaine de compétences (NIC II) pour le bloc opératoire



Le domaine ‘gestion du système de santé regroupe le plus grand nombre de compétences avec une proportion plus importante néanmoins de compétences dont le niveau de complexité est estimé à 1 ou 2. Il en est de même pour le domaine NIC II ‘Physiologie complexe’.

Figure 6.22 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le bloc opératoire



Deux classes de compétences NIC II, bien que peu fréquentes, sont estimées avec des scores de complexité globale comme plutôt complexe (>3) : il s'agit de la fonction neurologique et les soins relatifs au cycle de la vie. A nouveau, la gestion de la crise est estimée comme très complexe (moyenne >3 ; SD : 0,47).

La classe de compétence NIC II —aide à la nutrition— bien que rarement rencontrée (N=2) est jugée peu complexe (entre 1,50 et 1,75).

Tableau 6.25 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le bloc opératoire

Classe de la classification NIC	Median	Mean	SD	Min	Max	N
Fonction neurologique	3,25	3,25	.	3,25	3,25	1
Gestion de la crise	3,00	3,01	,47	2,33	3,80	19
Soins relatifs au cycle de la vie	3,00	2,93	,31	2,40	3,25	5
Gestion hydroélectrique et acido-basique	2,67	2,78	,28	2,60	3,20	4
Gestion des médicaments	2,80	2,77	,47	2,00	4,00	65
Education du patient	2,67	2,67	,40	2,00	3,60	44
Aide aux stratégies d'adaptation	2,75	2,66	,37	1,80	3,25	36
Gestion de la peau et des plaies	2,50	2,54	,47	1,75	3,50	82
Gestion du risque	2,40	2,51	,48	1,00	3,60	177
Gestion d l'immobilité	2,60	2,51	,44	1,50	3,40	72
Médiation au sein des systèmes de santé	2,50	2,48	,57	1,20	3,75	588
Attitudes professionnelles	2,40	2,44	,58	1,20	3,75	101
Soins péri opératoires	2,40	2,43	,51	1,50	3,80	165
Gestion des activités et de l'exercice	2,50	2,40	,17	2,20	2,50	3
Perfusion tissulaire	2,40	2,39	,53	1,50	3,80	96
Facilitation des soins personnels	2,40	2,35	,55	1,00	3,20	18
Fonction respiratoire	2,30	2,31	,28	2,00	2,67	4
Promotion du confort physique	2,40	2,29	,34	1,50	2,80	25
Gestion de l'élimination	2,20	2,24	,36	1,60	3,00	23
Amélioration de la communication	2,33	2,19	,45	1,20	2,80	35
Aide à la nutrition	1,62	1,62	,17	1,50	1,75	2
	1,50	1,50	.	1,50	1,50	1
Total	2,50	2,49	,53	1,00	4,00	1566

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

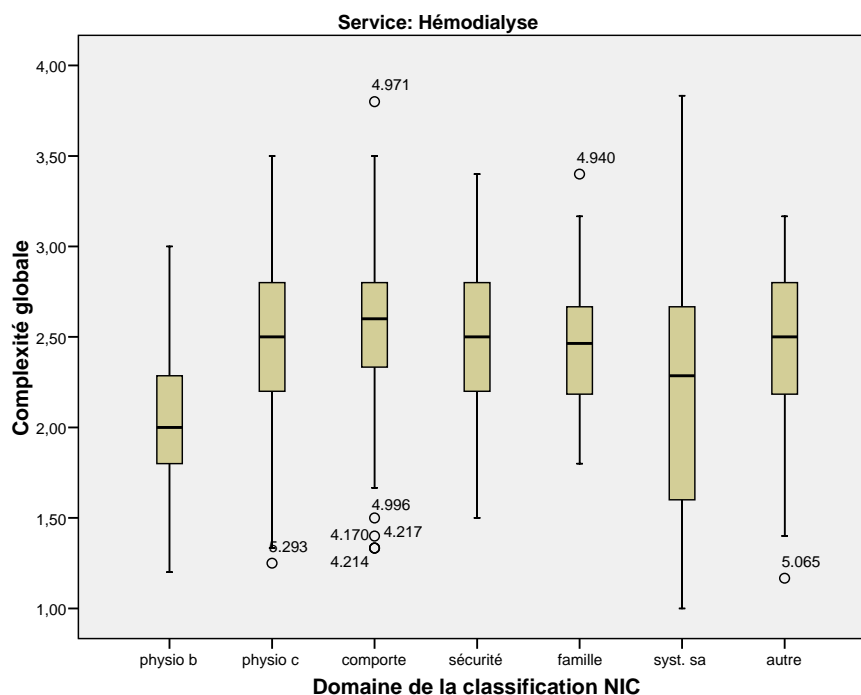
12.4 HÉMODIALYSE

Dans le service d'hémodialyse, 5 domaines de compétences NIC II ont un score moyen de complexité globale supérieur à 2,5 : il s'agit de :

- Physiologie complexe
- Comportement
- Sécurité
- Famille
- Autre.

Néanmoins pour 2 domaines de compétences NIC II —physiologie complexe et système de santé—, la dispersion des scores moyens de complexité est étendue oscillant entre les deux extrêmes et le score moyen de complexité globale peu les moins élevés. Le domaine mobilisant les compétences les moins complexes est la gestion de la physiologie de base.

Figure 6.23 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service hémodialyse



Données Means_competences; calcul : CIES-SESA – UCL

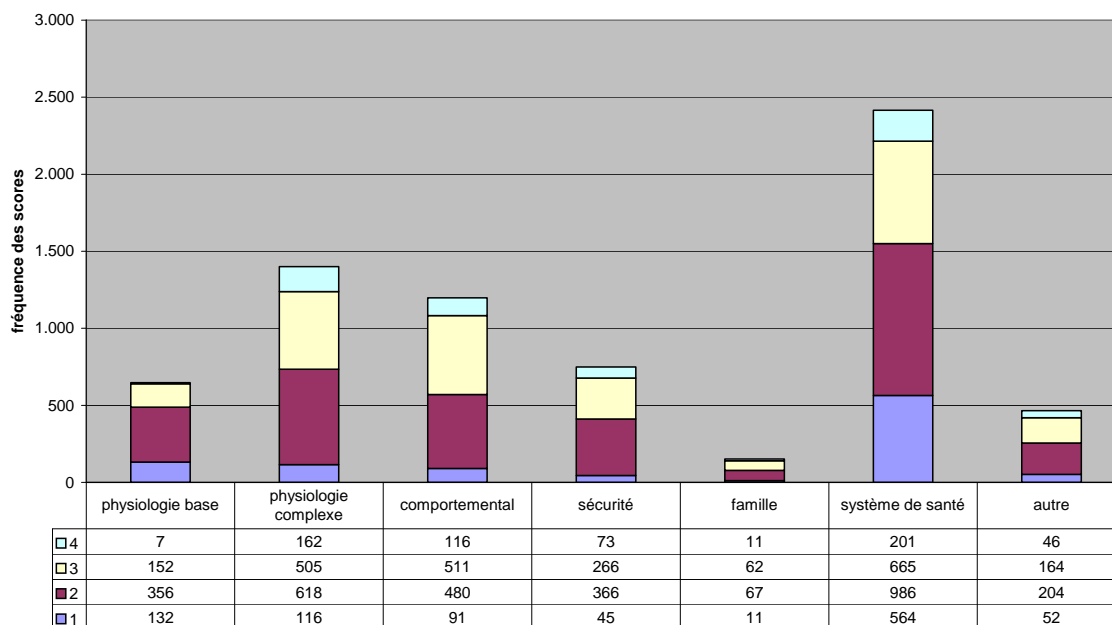
Contrairement aux autres services analysés, le domaine de compétences ‘famille’ est ici estimé comme plus complexe mais implique plus de compétences différentes. Les différences observées sont statistiquement significatives ($\chi^2=132.88$; $df=6$; $p<0.00$).

Tableau 6.26 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service hémodialyse

Domaine de la classification NIC	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
physio base	2,0000	2,0491	,35908	1,20	3,00	119
physio complexe	2,5000	2,4959	,43965	1,25	3,50	255
comportemental	2,6000	2,5465	,42627	1,33	3,80	220
sécurité	2,5000	2,4841	,42121	1,50	3,40	133
famille	2,4643	2,4768	,38631	1,80	3,40	28
syst. santé	2,2857	2,1970	,63443	1,00	3,83	438
autre	2,5000	2,4310	,44621	1,17	3,17	84
Total	2,4000	2,3545	,53285	1,00	3,83	1277

Données Means_competences; calcul : CIES-SESA – UCL

Complexité globale par domaine de compétences (NIC II) pour le service d'hémodialyse



Plus précisément, la classe de compétence NIC II —gestion de la crise— sont perçus comme particulièrement complexes (score moyen : 3,3 ; SD : 0,08).

La plupart des classes de compétences NIC II a un score de complexité globale moyen supérieur à 2.

Seuls, trois classes ont des scores moyens inférieurs à 2 —facilitation des soins personnels, promotions du confort physique, gestion de l'élimination. Bon nombre de compétences ont néanmoins un score moyen inférieur à 2.

Figure 6.24 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service d'hémodialyse

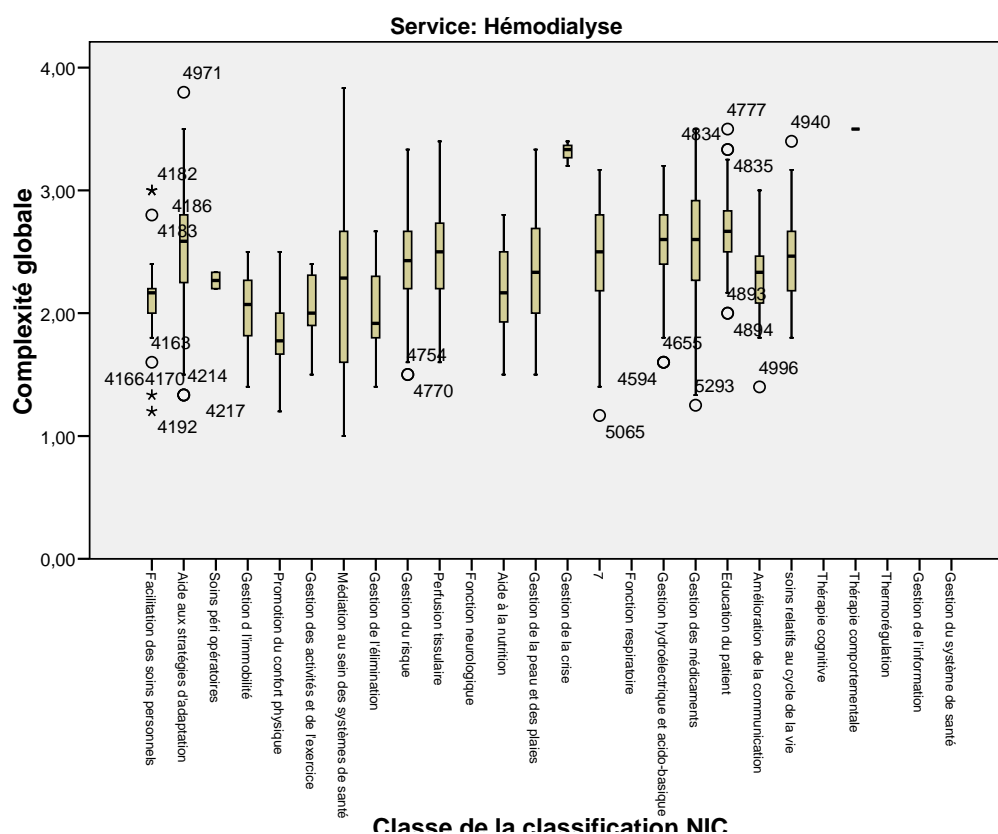


Tableau 6.27 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service d'hémodialyse

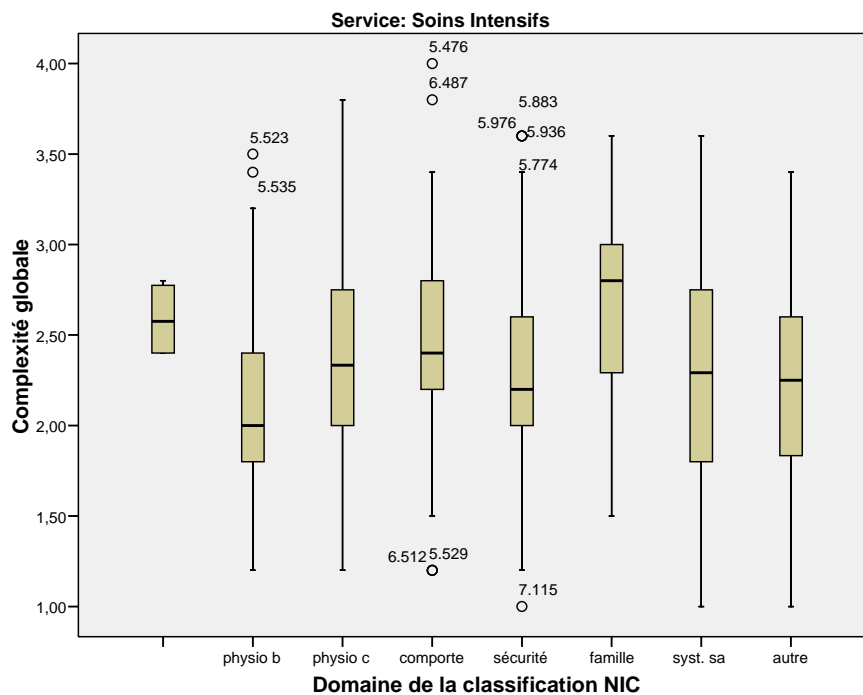
Classe de la classification NIC	Median	Mean	SD	Min	Max	N
Thérapie comportementale	3,50	3,50	.	3,50	3,50	1
Gestion de la crise	3,33	3,32	,084	3,20	3,40	4
Education du patient	2,66	2,69	,31	2,00	3,50	94
Gestion des médicaments	2,60	2,56	,49	1,25	3,50	79
Gestion hydroélectrique et acido-basique	2,60	2,53	,37	1,60	3,20	63
Aide aux stratégies d'adaptation	2,58	2,51	,50	1,33	3,80	90
Perfusion tissulaire	2,50	2,49	,41	1,60	3,40	60
soins relatifs au cycle de la vie	2,46	2,47	,38	1,80	3,40	28
Gestion du risque	2,43	2,45	,40	1,50	3,33	129
Attitude professionnelle	2,50	2,43	,45	1,17	3,17	84
Gestion de la peau et des plaies	2,33	2,35	,44	1,50	3,33	51
Amélioration de la communication	2,33	2,27	,32	1,40	3,00	35
Soins péri opératoires	2,27	2,26	,09	2,20	2,33	2
Médiation au sein des systèmes de santé	2,28	2,19	,63	1,00	3,83	438
Aide à la nutrition	2,16	2,18	,38	1,50	2,80	16
Facilitation des soins personnels	2,16	2,12	,48	1,20	3,00	18
Gestion des activités et de l'exercice	2,00	2,06	,28	1,50	2,40	11
Gestion d l'immobilité	2,07	2,04	,29	1,40	2,50	44
Gestion de l'élimination	1,92	2,02	,34	1,40	2,67	16
Promotion du confort physique	1,77	1,83	,35	1,20	2,50	14
Total	2,40	2,35	,53	1,00	3,83	1277

Données Means_competences (N= nombre de compétences dans la classe); calcul : CIES-SESA - UCL

12.5 SOINS INTENSIFS

Aux soins intensifs, la moitié des compétences est scorée en termes de complexité globale entre 2 et 3 et ce, quel que soit le domaine de classification NIC II. Seul un domaine est considéré comme plus complexe : gestion de la famille. Les différences observées sont statistiquement significatives ($\chi^2=73.78$; $df=6$; $p<0.00$)

Figure 6.25 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service des soins intensifs



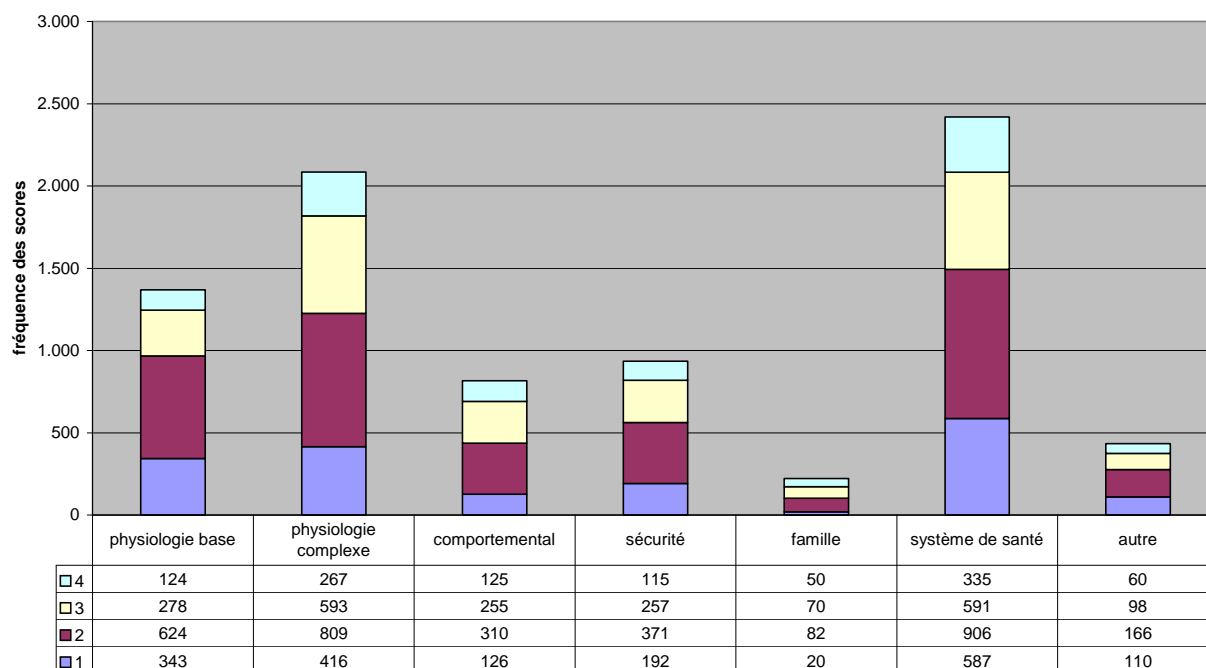
Données Means_competences; calcul : CIES-SESA – UCL

Tableau 6.28 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service des soins intensifs

Domaine de la classification NIC	Median	Mean	SD	Min	Max	N
physio base	2,00	2,12	,45	1,20	3,50	288
physio complexe	2,33	2,34	,53	1,20	3,80	428
comportemental	2,40	2,46	,48	1,20	4,00	173
Sécurité	2,20	2,31	,56	1,00	3,60	192
Famille	2,80	2,65	,49	1,50	3,60	47
syst. Santé	2,29	2,27	,57	1,00	3,60	504
Autre	2,25	2,25	,52	1,00	3,40	89
	2,57	2,59	,21	2,40	2,80	4
Total	2,25	2,29	,54	1,00	4,00	1725

Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA - UCL

Complexité globale par domaine de compétences (NIC II) pour les soins intensifs



Plus précisément, trois classes de compétences NIC II se distinguent par des scores de complexité globale plus élevés :

- Gestion de la crise
- Fonction neurologique
- Fonction respiratoire.

Dans une moindre mesure, mentionnons aussi la gestion des médicaments et les soins relatifs au cycle de la vie. Bien qu'aucun score moyen par classe de compétences ne soit inférieur à 2, la gestion de l'élimination et promotion du confort physique et gestion de la mobilité semblent moins complexes.

Figure 6.26 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service des soins intensifs

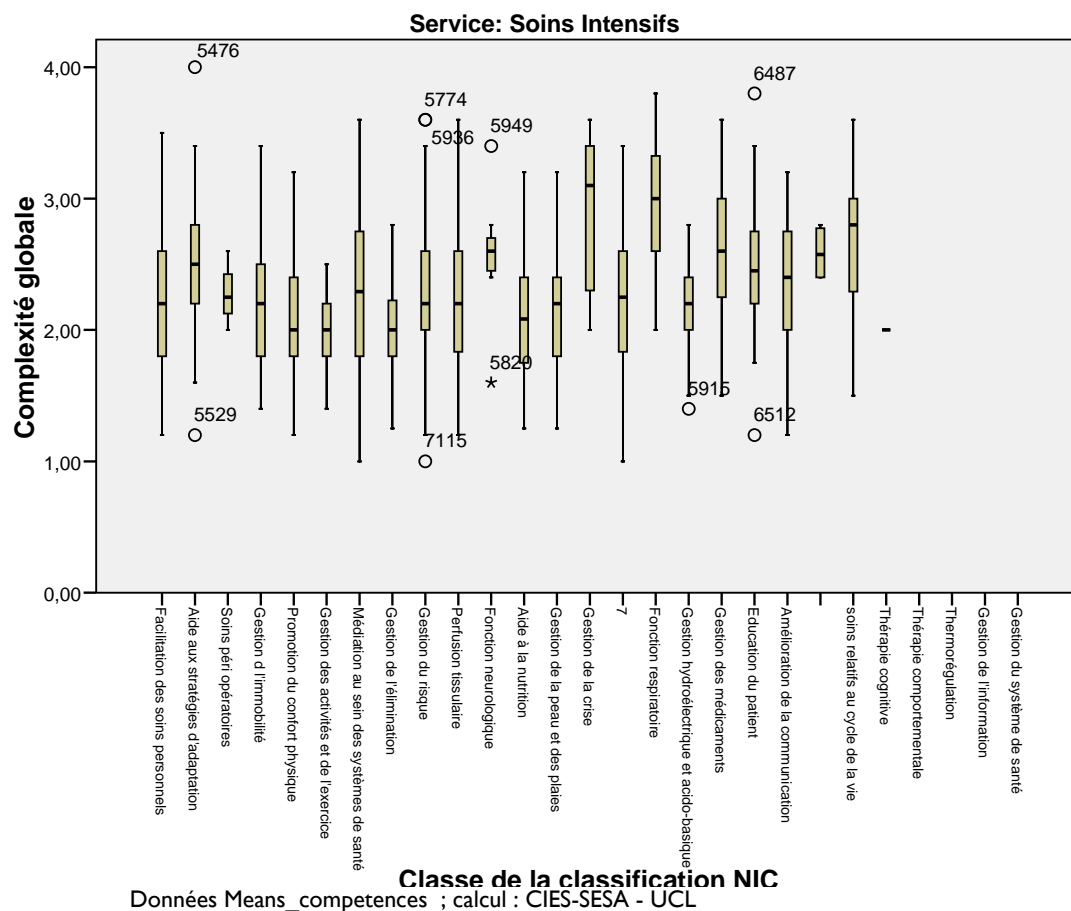


Tableau 6.29 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service des soins intensifs

Classe de la classification NIC	Median	Mean	SD	Min	Max	N
Fonction respiratoire	3,00	2,96	,45	2,00	3,80	36
Gestion de la crise	3,10	2,90	,62	2,00	3,60	8
soins relatifs au cycle de la vie	2,80	2,65	,49	1,50	3,60	47
Gestion des médicaments	2,60	2,60	,42	1,50	3,60	85
Fonction neurologique	2,60	2,55	,53	1,60	3,40	7
Education du patient	2,45	2,50	,44	1,20	3,80	54
Aide aux stratégies d'adaptation	2,50	2,50	,50	1,20	4,00	79
Amélioration de la communication	2,40	2,35	,48	1,20	3,20	39
Soins péri opératoires	2,25	2,28	,30	2,00	2,60	3
Gestion du risque	2,20	2,28	,54	1,00	3,60	184
Médiation au sein des systèmes de santé	2,29	2,27	,57	1,00	3,60	504
Attitudes professionnelles	2,25	2,25	,52	1,00	3,40	89
Perfusion tissulaire	2,20	2,21	,52	1,20	3,60	164
Gestion d l'immobilité	2,20	2,19	,44	1,40	3,40	81
Facilitation des soins personnels	2,20	2,18	,51	1,20	3,50	62
Gestion hydroélectrique et acido-basique	2,20	2,17	,39	1,40	2,80	24
Gestion de la peau et des plaies	2,20	2,15	,45	1,25	3,20	109
Promotion du confort physique	2,00	2,11	,46	1,20	3,20	30

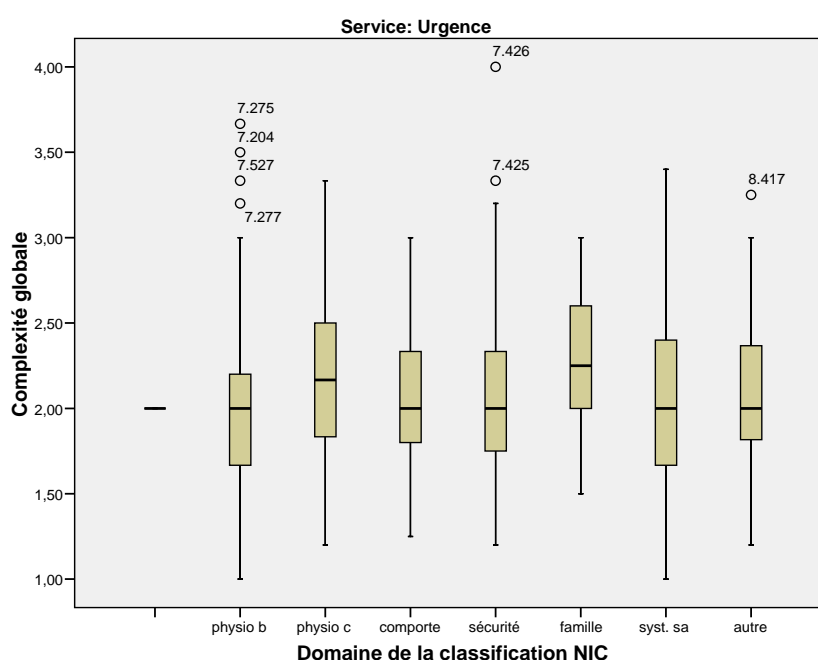
Aide à la nutrition	2,08	2,10	,49	1,25	3,20	50
Gestion des activités et de l'exercice	2,00	2,02	,33	1,40	2,50	10
Thérapie cognitive	2,00	2,00	.	2,00	2,00	1
Gestion de l'élimination	2,00	1,99	,35	1,25	2,80	55
Total	2,25	2,29	,54	1,00	4,00	1725

Données Means_competences (N= nombre de compétences dans la classe):: CIES-SESA - UCL

12.6 URGENCES

C'est aux urgences que le score moyen de complexité globale par domaine de compétences NIC II est le moins élevé, mais néanmoins proche de 2. On observe néanmoins une importante dispersion des scores moyens de complexité globale quel que soit le domaine de compétences NIC II ($\chi^2=42.293$; $df=6$; $p<0.00$).

Figure 6.27 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service des urgences



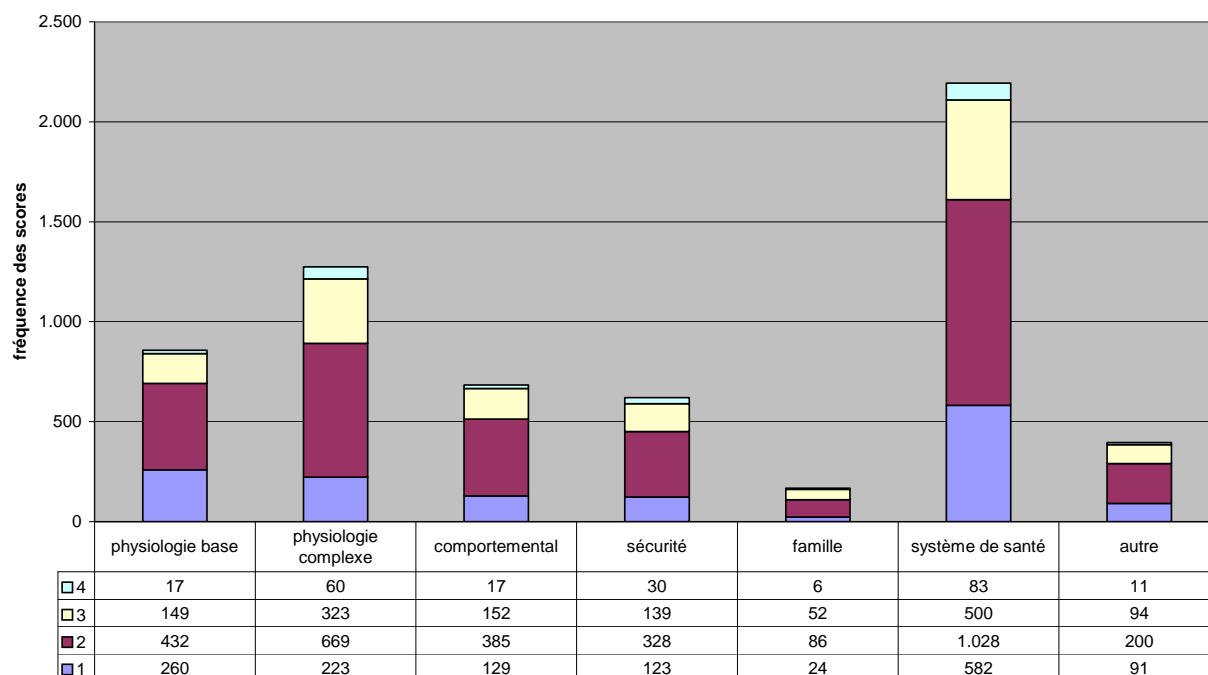
Données Means_competences ; calcul : CIES-SESA – UCL

Tableau 6.30 Complexité globale par domaine de compétences de la classification NIC II pour le service des urgences

Domaine de la classification NIC	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
physio base	2,00	1,93	,46	1,00	3,67	185
physio complexe	2,16	2,19	,44	1,20	3,33	273
comportemental	2,00	2,09	,36	1,25	3,00	149
Sécurité	2,00	2,13	,49	1,20	4,00	134
Famille	2,25	2,25	,40	1,50	3,00	37
syst. Santé	2,00	2,06	,51	1,00	3,40	472
Autre	2,00	2,07	,43	1,20	3,25	84
Total	2,00	2,08	,47	1,00	4,00	1335

Données Means_competences (N= nombre de compétences dans la classe); 8_N=103 ; calcul : CIES-SESA - UCL

Complexité globale par domaine de compétences (NIC II) pour les urgences



Plus précisément, 5 classes de compétences NIC II impliquent un score moyen de complexité globale supérieure à deux : il s'agit ;

- Gestion de la crise
- Fonction neurologique
- Gestion des médicaments
- Soins relatifs au cycle de la vie
- Fonction respiratoire

A l'inverse, classes de compétences NIC II sont associés à des scores moyens de complexité globale moins élevés c'est-à-dire inférieurs à 2 :

- Gestion de la peau et des plaies
- Gestion de l'élimination
- Amélioration de la communication
- Promotion du confort physique
- Gestion des activités et de l'exercice
- Thermorégulation
- Facilitation des soins personnels
- Soins péri-opératoires

Figure 6.28 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service des urgences

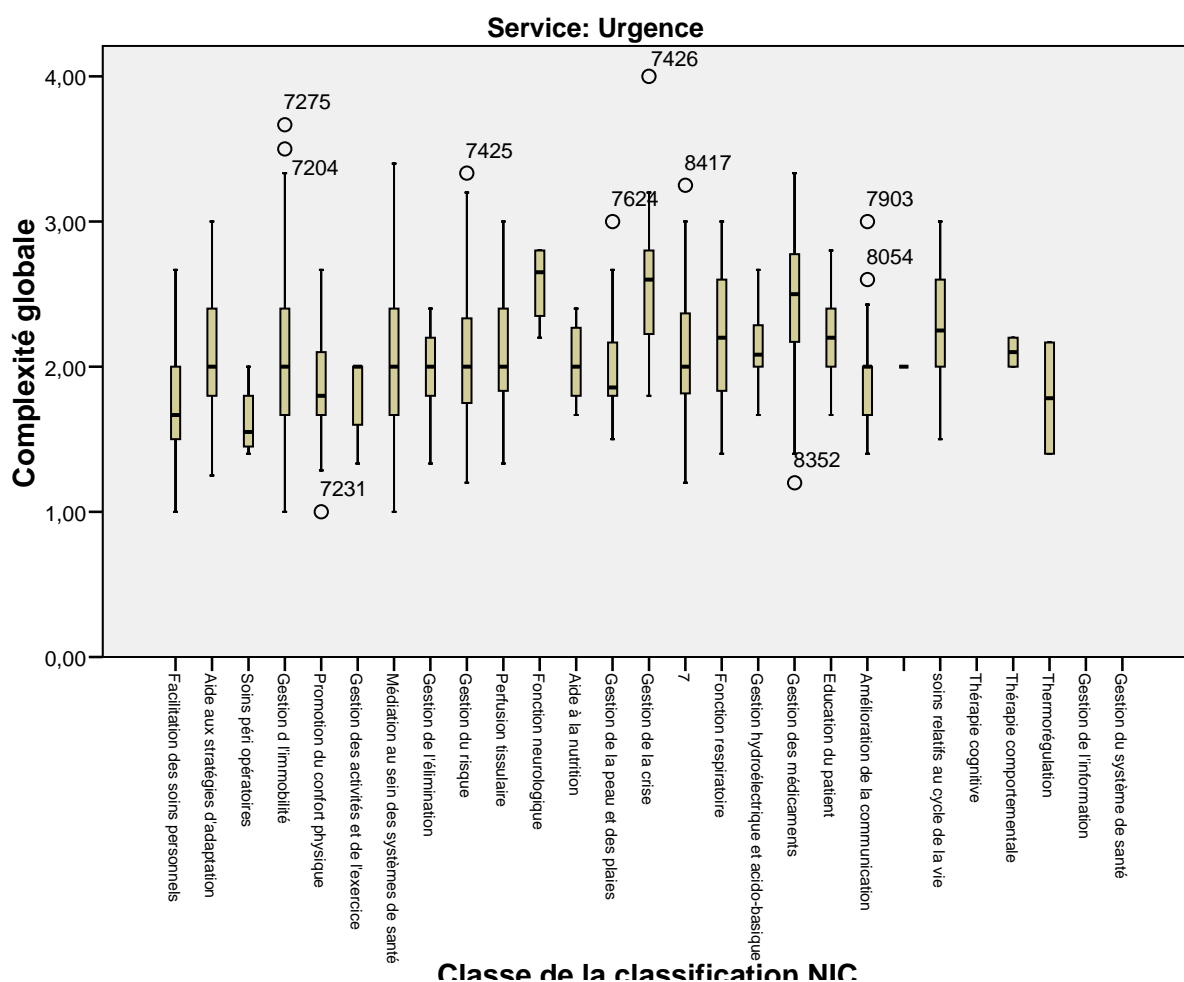


Tableau 6.31 Complexité globale par classe de compétences de la classification NIC II pour le service des urgences

Classe de la classification NIC	Median	Mean	SD	Min	Max	N
Gestion de la crise	2,60	2,60	,54	1,80	4,00	15
Fonction neurologique	2,65	2,57	,28	2,20	2,80	4
Gestion des médicaments	2,50	2,42	,49	1,20	3,33	76
soins relatifs au cycle de la vie	2,25	2,25	,40	1,50	3,00	37
Fonction respiratoire	2,20	2,21	,49	1,40	3,00	14
Education du patient	2,20	2,17	,29	1,67	2,80	47
Gestion hydroélectrique et acido-basique	2,08	2,15	,29	1,67	2,67	14
Perfusion tissulaire	2,00	2,14	,37	1,33	3,00	109
Aide aux stratégies d'adaptation	2,00	2,10	,40	1,25	3,00	68
Thérapie comportementale	2,10	2,10	,14	2,00	2,20	2
Gestion d l'immobilité	2,00	2,09	,58	1,00	3,67	69
Gestion du risque	2,00	2,07	,45	1,20	3,33	119
Attitudes professionnelles	2,00	2,07	,43	1,20	3,25	84
Médiation au sein des systèmes de santé	2,00	2,06	,51	1,00	3,40	472
Aide à la nutrition	2,00	2,01	,25	1,67	2,40	16
	2,00	2,00	.	2,00	2,00	1
Gestion de la peau et des plaies	1,86	1,97	,34	1,50	3,00	50
Gestion de l'élimination	2,00	1,95	,29	1,33	2,40	30

Amélioration de la communication	2,00	1,93	,34	1,40	3,00	32
Promotion du confort physique	1,80	1,85	,37	1,00	2,67	24
Gestion des activités et de l'exercice	2,00	1,78	,31	1,33	2,00	5
Thermorégulation	1,78	1,78	,54	1,40	2,17	2
Facilitation des soins personnels	1,66	1,69	,37	1,00	2,67	41
Soins péri opératoires	1,55	1,62	,26	1,40	2,00	4
Total	2,00	2,08	,47	1,00	4,00	1335

Données Means_competences (N= nombre de compétences dans la classe); calcul : CIES-SESA - UCL

- **La différenciation de fonction doit s'envisager différemment d'un service à l'autre et les critères pour cette dernière varie également d'un service à l'autre.**
- **Le service des urgences regroupe des compétences estimées comme les moins complexes comparativement aux autres services en termes de complexité globale. Il existe une plus grande dispersion de scores de complexité dans ce service. Certaines classes de compétences NIC II sont d'emblée identifiées comme peu complexes alors que d'autres comme plus complexes.**
- **A l'autre extrême, le service de gériatrie mobilise des compétences dont le score de complexité sont évalués comme les plus complexes. Dans ce services on peut identifier des classes de compétences NIC II comme complexes à très complexes (>3 voire proches de 4).**
- **Entre ces deux extrêmes, même si des différences peuvent être pointées, les services de chirurgie, soins intensifs, hémodialyse et bloc opératoire sont similaires bien que les compétences ou classes de compétences mobilisées soient différentes, en particulier pour le bloc opératoire.**
- **Dans tous les services les compétences relative à la gestion administrative et logistique de l'unité et des patients sont évalué comme moins complexes. Une délégation de tâches relatives à ces compétences semble envisageable. Il en est de même pour la gestion des AVQ.**
- **En termes de classes de compétences, trois classes sont identifiées comme systématiquement plus complexe ; il s'agit de la gestion de la crise, de la fonction neurologique et de la fonction respiratoire.**

13 COMPLEXITÉ GLOBALE PAR GROUPE DE COMPÉTENCES

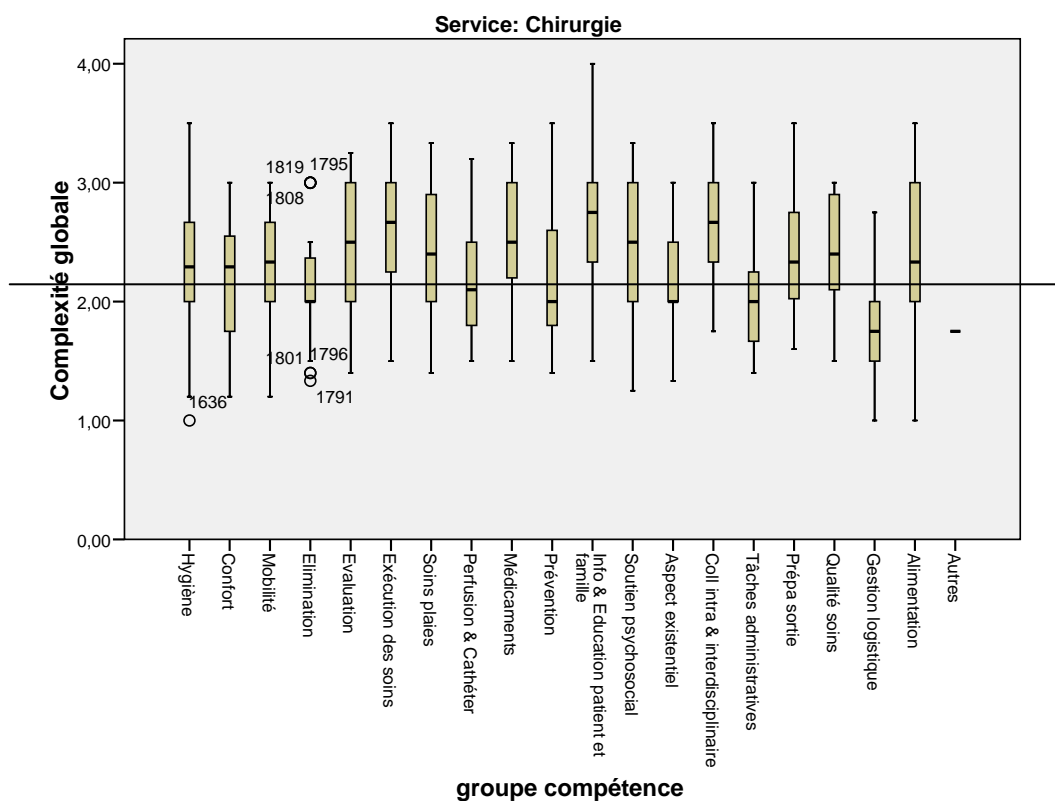
Les groupes de compétences ont été constitués en début de collecte des données pour structurer les compétences entre elles. Ces groupes se basent sur le bon sens clinique des chercheurs.

13.1 CHIRURGIE

Tableau 6.32 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques en chirurgie

Complexité globale groupe compétence	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
Info & Education patient et famille	2,7500	2,7407	,49774	1,50	4,00	90
Coll intra & interdisciplinaire	2,6667	2,6033	,40852	1,75	3,50	96
Exécution des soins	2,6667	2,5986	,51838	1,50	3,50	120
Médicaments	2,5000	2,4982	,46645	1,50	3,33	73
Evaluation	2,5000	2,4933	,48867	1,40	3,25	70
Soutien psychosocial	2,5000	2,4804	,54949	1,25	3,33	194
Qualité soins	2,4000	2,4477	,42966	1,50	3,00	51
Soins plaies	2,4000	2,4220	,52156	1,40	3,33	72
Prépa sortie	2,3333	2,4029	,49627	1,60	3,50	51
Alimentation	2,3333	2,3954	,68785	1,00	3,50	40
Mobilité	2,3333	2,3340	,41304	1,20	3,00	72
Hygiène	2,2917	2,2505	,53945	1,00	3,50	74
Prévention	2,0000	2,2241	,50258	1,40	3,50	114
Perfusion & Cathéter	2,1000	2,1943	,44161	1,50	3,20	38
Confort	2,2917	2,1773	,50906	1,20	3,00	36
Elimination	2,0000	2,1464	,46079	1,33	3,00	32
Aspect existentiel	2,0000	2,1380	,42260	1,33	3,00	18
Tâches administratives	2,0000	1,9982	,37928	1,40	3,00	104
Gestion logistique	1,7500	1,7646	,46149	1,00	2,75	48
Autres	1,7500	1,7500	,00000	1,75	1,75	2
Total	2,3333	2,3779	,53742	1,00	4,00	1395

Figure 6.29 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques en chirurgie



Les tâches administratives et la gestion logistiques des compétences dont la complexité est la plus faible (<2). De même, les soins dits de base —regroupant hygiène, confort, mobilité, alimentation, élimination— incitent des compétences peu complexes.

Les groupes de compétences les plus complexes sont :

- Information et éducation du patient et sa famille
- Interdisciplinarité
- Exécution des soins
- Médicaments : préparation et administration
- Evaluation clinique.

Ces compétences mobilisent nécessairement un jugement clinique plus important comparativement aux soins dits de base.

13.2 GÉRIATRIE

Tableau 6.33 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques en gériatrie

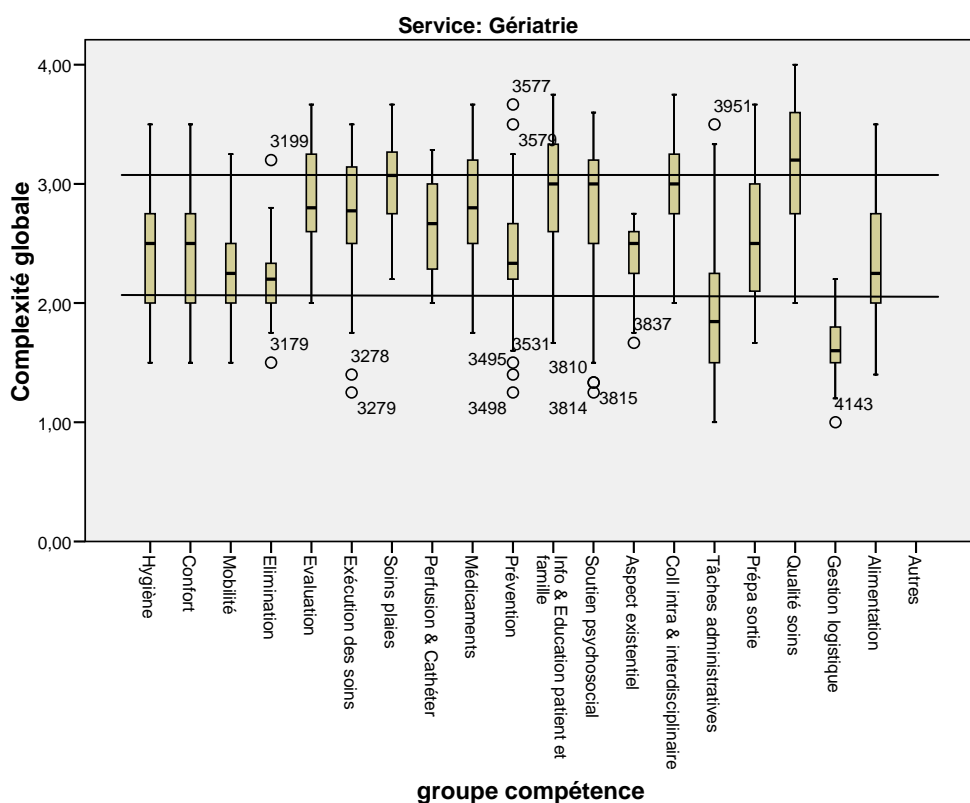
groupe compétence	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
Qualité soins	3,2000	3,1247	,53645	2,00	4,00	50
Coll intra & interdisciplinaire	3,0000	3,0081	,39308	2,00	3,75	97
Soins plaies	3,0714	3,0028	,39699	2,20	3,67	24
Info & Education patient et famille	3,0000	2,9153	,47205	1,67	3,75	57
Evaluation	2,8000	2,8638	,38543	2,00	3,67	47
Médicaments	2,8000	2,8171	,44327	1,75	3,67	57

Soutien psychosocial	3,0000	2,8002	,53373	1,25	3,60	183
Exécution des soins	2,7750	2,7619	,46160	1,25	3,50	118
Perfusion & Cathéter	2,6667	2,6481	,38067	2,00	3,29	18
Prépa sortie	2,5000	2,5535	,55152	1,67	3,67	35
Confort	2,5000	2,4437	,52108	1,50	3,50	32
Hygiène	2,5000	2,4062	,46972	1,50	3,50	59
Prévention	2,3333	2,3847	,39831	1,25	3,67	123
Aspect existentiel	2,5000	2,3686	,34110	1,67	2,75	17
Alimentation	2,2500	2,3537	,53516	1,40	3,50	54
Mobilité	2,2500	2,2902	,36739	1,50	3,25	58
Elimination	2,2000	2,1907	,37792	1,50	3,20	35
Tâches administratives	1,8452	1,9217	,51676	1,00	3,50	94
Gestion logistique	1,6000	1,6150	,26775	1,00	2,20	41
Total	2,6667	2,5805	,58727	1,00	4,00	1199

a Service = Gériatrie

En gériatrie, le même constat peut être fait concernant les groupes de compétences les moins complexes et les plus complexes. Mais les compétences relatives à la qualité des soins sont perçues également comme très complexes.

Figure 6.30 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques en gériatrie



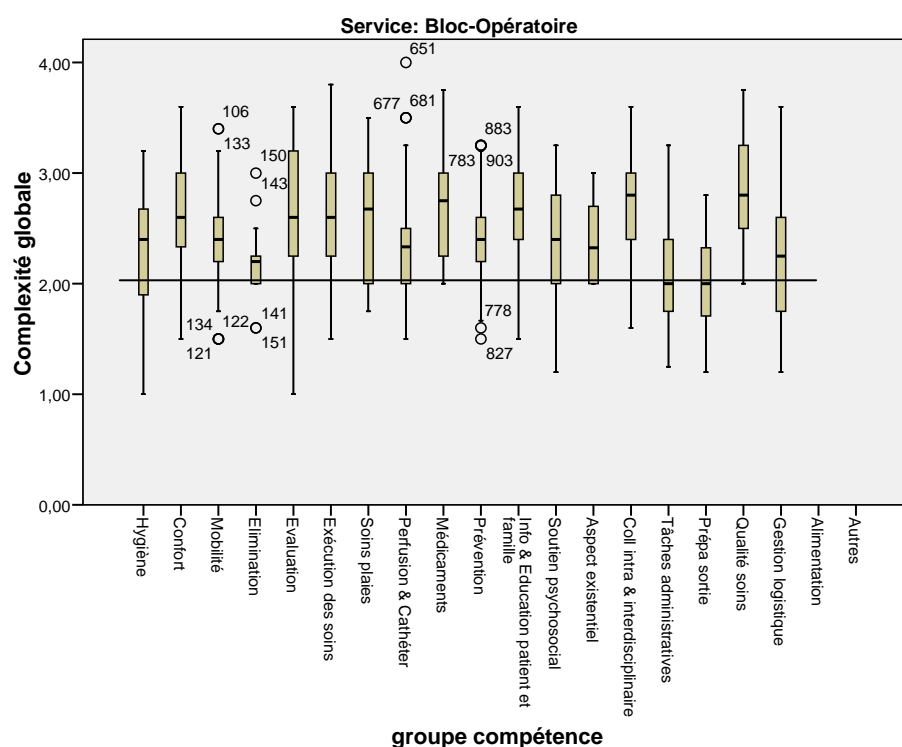
13.3 BLOC OPÉRATOIRE

Tableau 6.34 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques au bloc opératoire

groupe compétence	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
Qualité soins	2,8000	2,8964	,45429	2,00	3,75	64
Coll intra & interdisciplinaire	2,8000	2,7239	,49660	1,60	3,60	124
Médicaments	2,7500	2,6806	,44561	2,00	3,75	66
Info & Education patient et famille	2,6750	2,6599	,41781	1,50	3,60	52
Evaluation	2,6000	2,6522	,55705	1,00	3,60	113
Exécution des soins	2,6000	2,6420	,53085	1,50	3,80	285
Confort	2,6000	2,6313	,49683	1,50	3,60	41
Soins plaies	2,6750	2,6051	,53124	1,75	3,50	46
Prévention	2,4000	2,4266	,37710	1,50	3,25	162
Soutien psychosocial	2,4000	2,3952	,50994	1,20	3,25	141
Mobilité	2,4000	2,3935	,42312	1,50	3,40	59
Aspect existentiel	2,3250	2,3812	,41742	2,00	3,00	8
Perfusion & Cathéter	2,3333	2,3074	,48071	1,50	4,00	83
Hygiène	2,4000	2,2990	,55983	1,00	3,20	35
Gestion logistique	2,2500	2,2187	,55437	1,20	3,60	129
Elimination	2,2000	2,1754	,33386	1,60	3,00	19
Tâches administratives	2,0000	2,0961	,42078	1,25	3,25	115
Prépa sortie	2,0000	2,0257	,38913	1,20	2,80	24
Total	2,5000	2,4898	,53099	1,00	4,00	1566

Le même constat peut être opéré pour le bloc opératoire si ce n'est que les tâches logistiques incluent des compétences dont la dispersion de la complexité est plus étendue. Ceci peut s'expliquer tous les aspects associés à la gestion des boîtes d'instruments.

Figure 6.31 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques au bloc opératoire



13.4 HÉMODIALYSE

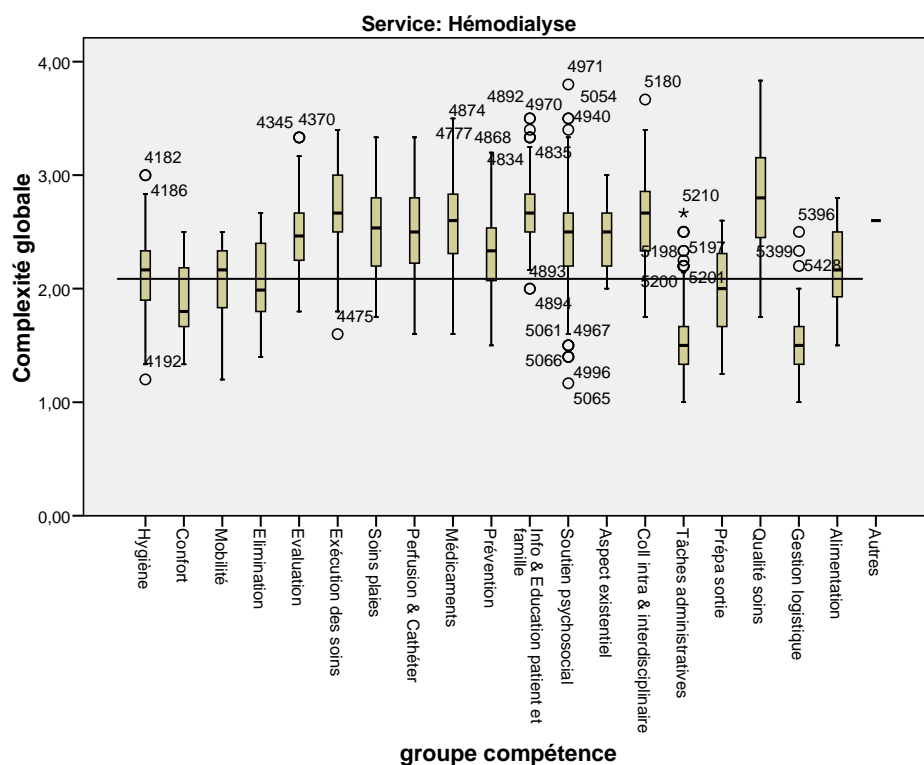
Tableau 6.35 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques en hémodialyse

Complexité globale groupe compétence	Median	Mean	Std. Deviation	Minimu m	Maximu m	N
Qualité soins	2,8000	2,8143	,48827	1,75	3,83	48
Info & Education patient et famille	2,6667	2,6956	,31354	2,00	3,50	119
Exécution des soins	2,6667	2,6579	,36015	1,60	3,40	140
Coll intra & interdisciplinaire	2,6667	2,6161	,44859	1,75	3,67	97
Autres	2,6000	2,6000	.	2,60	2,60	1
Médicaments	2,6000	2,5762	,41931	1,60	3,50	72
Soins plaies	2,5357	2,4897	,39479	1,75	3,33	38
Evaluation	2,4643	2,4799	,36998	1,80	3,33	62
Perfusion & Cathéter	2,5000	2,4792	,40741	1,60	3,33	52
Aspect existentiel	2,5000	2,4654	,32185	2,00	3,00	15
Soutien psychosocial	2,5000	2,4534	,42546	1,17	3,80	189
Prévention	2,3333	2,3305	,40462	1,50	3,20	103
Alimentation	2,1667	2,1857	,39732	1,50	2,80	15
Hygiène	2,1667	2,1505	,45879	1,20	3,00	32
Mobilité	2,1667	2,0561	,30716	1,20	2,50	55
Elimination	1,9881	2,0550	,36730	1,40	2,67	18
Prépa sortie	2,0000	1,9517	,37143	1,25	2,60	36
Confort	1,8000	1,8747	,35439	1,33	2,50	28
Tâches administratives	1,5000	1,5719	,36037	1,00	2,67	99
Gestion logistique	1,5000	1,5320	,31652	1,00	2,50	58

Total 2,4000 2,3545 ,53285 1,00 3,83 1277

Même constat pour les compétences incluant les tâches les moins complexes. L'évaluation clinique n'est plus classé parmi les compétences les plus complexes.

Figure 6.32 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques en hémodialyse



13.5 SOINS INTENSIFS

Les compétences relatives à l'évaluation clinique sont les compétences les plus complexes mais à nouveau on identifie les mêmes groupes de compétences comme plus complexes versus moins complexes.

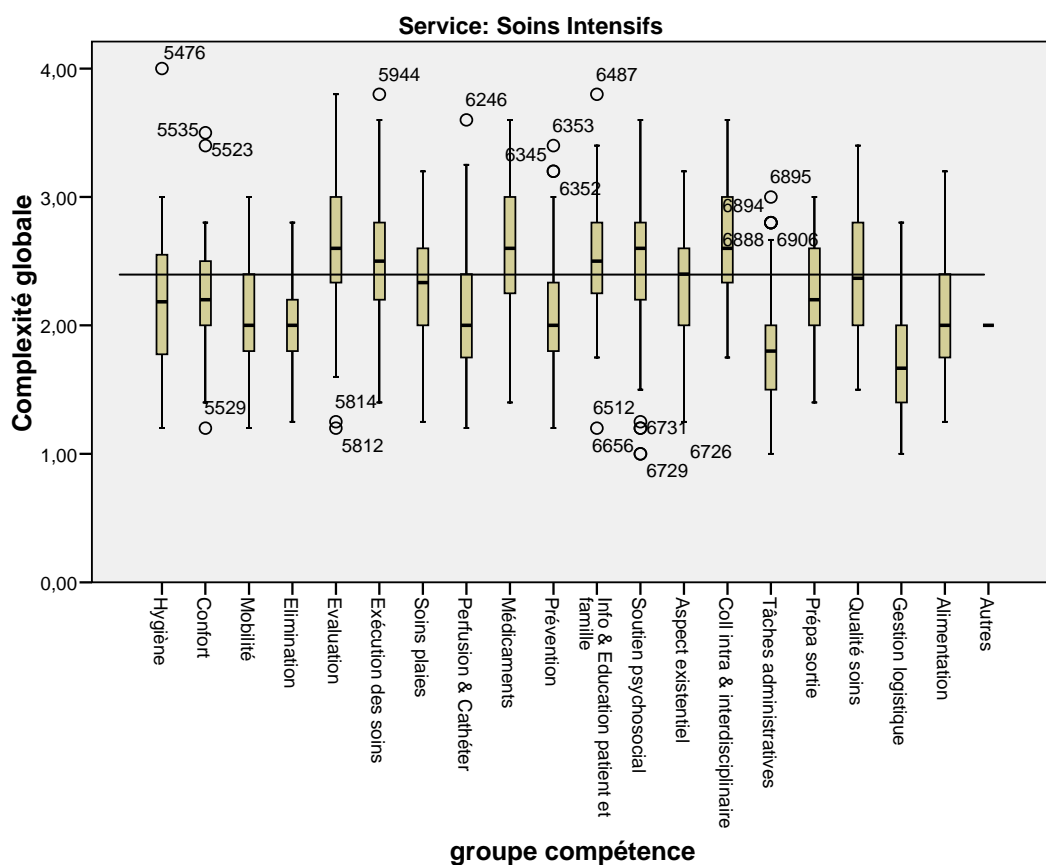
Tableau 6.36 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques aux soins intensifs

groupe compétence	Median	Mean	Std. Deviation	Minimu m	Maximu m	N
Evaluation	2,6000	2,6411	,51890	1,20	3,80	97
Coll intra & interdisciplinaire	2,6000	2,5993	,41450	1,75	3,60	113
Médicaments	2,6000	2,5833	,45381	1,40	3,60	76
Exécution des soins	2,5000	2,5618	,45808	1,40	3,80	221
Info & Education patient et famille	2,5000	2,5223	,43469	1,20	3,80	68
Soutien psychosocial	2,6000	2,4886	,52505	1,00	3,60	221
Qualité soins	2,3667	2,4253	,48628	1,50	3,40	54
Aspect existentiel	2,4000	2,3267	,50880	1,25	3,20	15
Prépa sortie	2,2000	2,2522	,45096	1,40	3,00	30
Soins plaies	2,3333	2,2506	,44715	1,25	3,20	86
Confort	2,2000	2,2181	,46147	1,20	3,50	48
Hygiène	2,1833	2,1596	,50782	1,20	4,00	68
Alimentation	2,0000	2,1123	,51521	1,25	3,20	50

Mobilité	2,0000	2,1095	,43045	1,20	3,00	81
Perfusion & Cathéter	2,0000	2,0926	,48983	1,20	3,60	101
Prévention	2,0000	2,0558	,40961	1,20	3,40	142
Elimination	2,0000	2,0120	,35986	1,25	2,80	61
Autres	2,0000	2,0000	.	2,00	2,00	1
Tâches administratives	1,8000	1,8143	,46787	1,00	3,00	129
Gestion logistique	1,6667	1,7222	,41526	1,00	2,80	63
Total	2,2500	2,2964	,53804	1,00	4,00	1725

a Service = Soins Intensifs

Figure 6.33 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques aux soins intensifs



13.6 URGENCES

Si le niveau de complexité est généralement estimé comme moins élevés comparativement aux autres services, on identifie à nouveau les mêmes groupes de compétences appréciés comme les plus complexes et les mêmes comme les moins complexes.

Figure 6.34 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques aux urgences

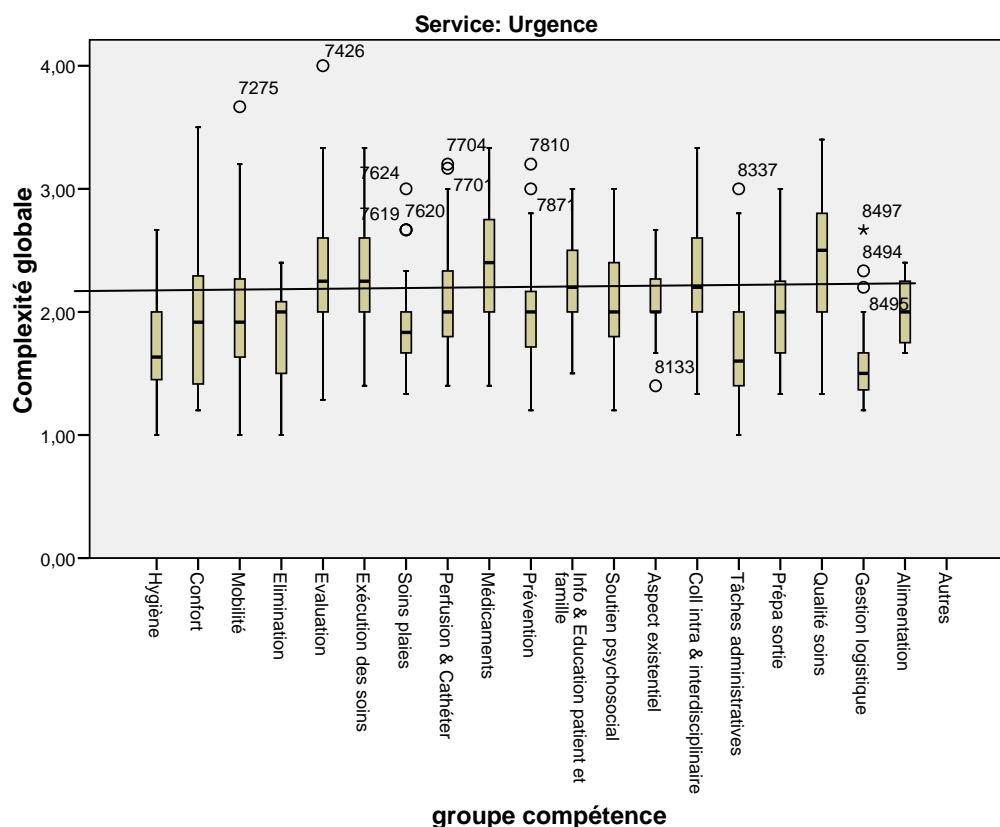


Tableau 6.37 Complexité des compétences en fonction des groupes cliniques aux urgences

groupe compétence	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
Qualité soins	2,5000	2,4671	,45571	1,33	3,40	56
Médicaments	2,4000	2,3817	,45092	1,40	3,33	68
Evaluation	2,2500	2,3199	,47648	1,29	4,00	99
Coll intra & interdisciplinaire	2,2000	2,2934	,44404	1,33	3,33	99
Exécution des soins	2,2500	2,2904	,39200	1,40	3,33	158
Info & Education patient et famille	2,2000	2,2202	,38562	1,50	3,00	68
Perfusion & Cathéter	2,0000	2,0956	,41116	1,40	3,20	85
Aspect existentiel	2,0000	2,0952	,30536	1,40	2,67	15
Soutien psychosocial	2,0000	2,0831	,38305	1,20	3,00	179
Confort	1,9167	1,9940	,61887	1,20	3,50	24
Alimentation	2,0000	1,9885	,27037	1,67	2,40	18
Mobilité	1,9167	1,9685	,52035	1,00	3,67	60
Prévention	2,0000	1,9535	,37070	1,20	3,20	85
Prépa sortie	2,0000	1,9337	,40925	1,33	3,00	38
Soins plaies	1,8333	1,9171	,35902	1,33	3,00	42
Elimination	2,0000	1,8433	,36391	1,00	2,40	40
Tâches administratives	1,6000	1,7093	,41049	1,00	3,00	117
Hygiène	1,6333	1,7008	,37091	1,00	2,67	40
Gestion logistique	1,5000	1,5851	,31565	1,20	2,67	44
Total	2,0000	2,0865	,47266	1,00	4,00	1335

a Service = Urgence

Le top 5 des groupes de compétences évalués comme les plus complexes sont, quel que soit le service :

- l'évaluation clinique
- l'interdisciplinarité
- l'information et l'éducation du patient et sa famille
- l'exécution des soins
- la gestion des médicaments

A l'autre extrême on identifie comme compétences les moins complexes :

- Les tâches administratives
- La gestion logistique

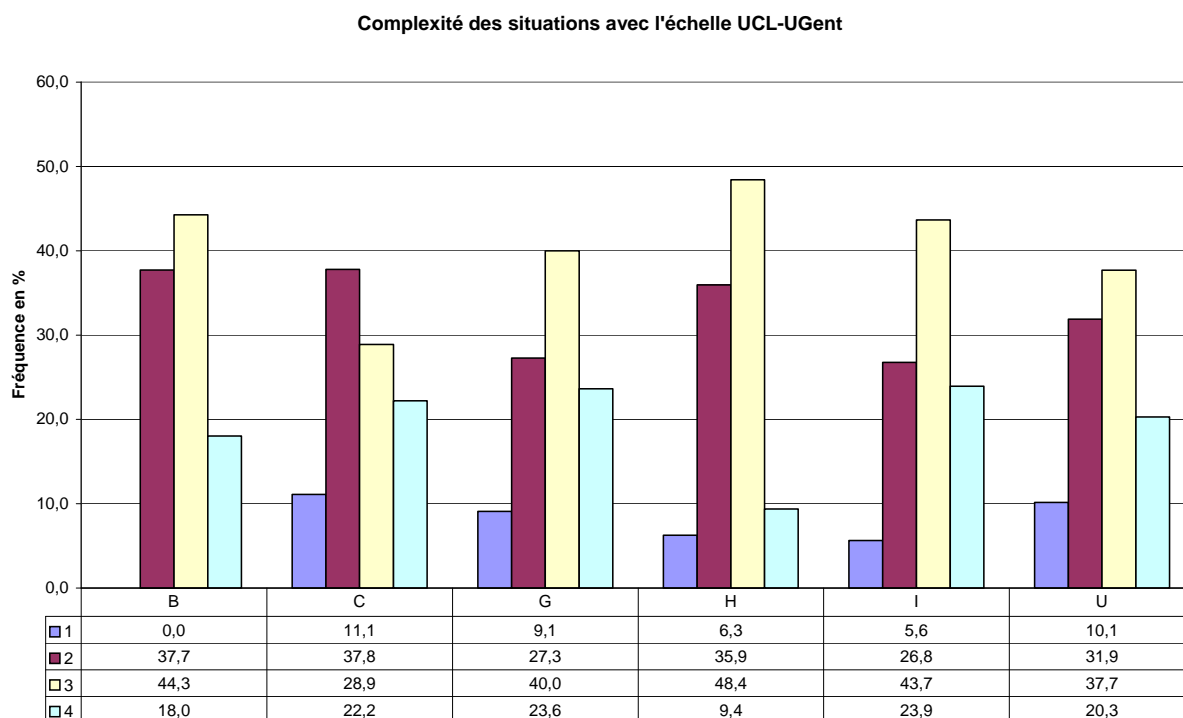
Certaines nuances doivent être apportées en fonction de compétences plus précises.

14 COMPLEXITÉ DES SITUATIONS

14.1 COMPLEXITE DES SITUATIONS - ECHELLE UCL-UGENT

En prenant comme unité d'analyse le score d'évaluation attribué par chaque expert utilisant l'échelle UCL-UGent, on constate que le score de complexité 3 est systématiquement le plus fréquemment attribué suivi par le score 2 sauf dans un cas de figure : en chirurgie le score le plus souvent attribué est le score 2.

Figure 6.35 Complexité des situations selon l'échelle UCL-UGent



Data : Nursing_phase3- Calcul : CIES-SESA-UCL

Si on calcule le score moyen de complexité de la situation en tant qu'unité d'analyse, la distribution des score de complexité en chirurgie est la plus dispersée et la moyenne la moins complexe (2,55 ; SD : 0,69). Certaines situations ont été évaluées à 1 dans ce type de service. A l'inverse, les services de gériatrie et de soins intensifs se caractérisent par les situations les plus complexes.

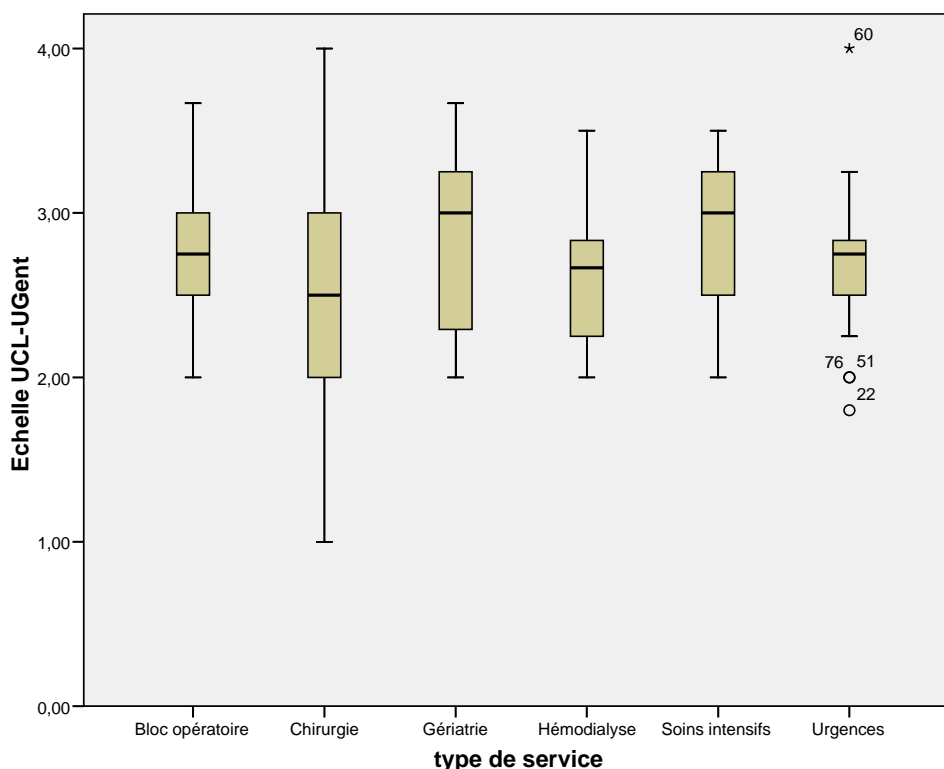
Quant aux urgences, les situations sont considérées plutôt comme complexes (2,66 ; SD : 0,51) avec quelques situations évaluées comme très complexe (> 3,5) ; en effet, c'est le seul service pour lequel on repère des outliers.

Tableau 6.38 Score moyen de la complexité des situations avec l'échelle UCL-UGent, par service

Service	Median	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	N
Bloc opératoire	2,7500	2,7870	,42417	2,00	3,67	18
Chirurgie	2,5000	2,5509	,69319	1,00	4,00	18
Gériatrie	3,0000	2,8240	,57706	2,00	3,67	16
Hémodialyse	2,6667	2,6222	,44305	2,00	3,50	15
Soins intensifs	3,0000	2,8465	,48691	2,00	3,50	19
Urgences	2,7500	2,6676	,51863	1,80	4,00	17
Total	2,7500	2,7188	,53140	1,00	4,00	103

Data : Complexitésituation_mean N=103 - Calcul : CIES-SESA - UCL

Figure 6.36 Score moyen de la complexité des situations avec l'échelle UCL-UGent, par service



Data : Complexitésituation_mean N=103 - Calcul : CIES-SESA - UCL

Cependant les différences observées sont statistiquement non significatives (Kruskal-Wallis : $\chi^2=4.568$; $df=5$; $p=0.471$).

14.2 COMPLEXITÉ DES SITUATIONS - ECHELLE DE GALAMA

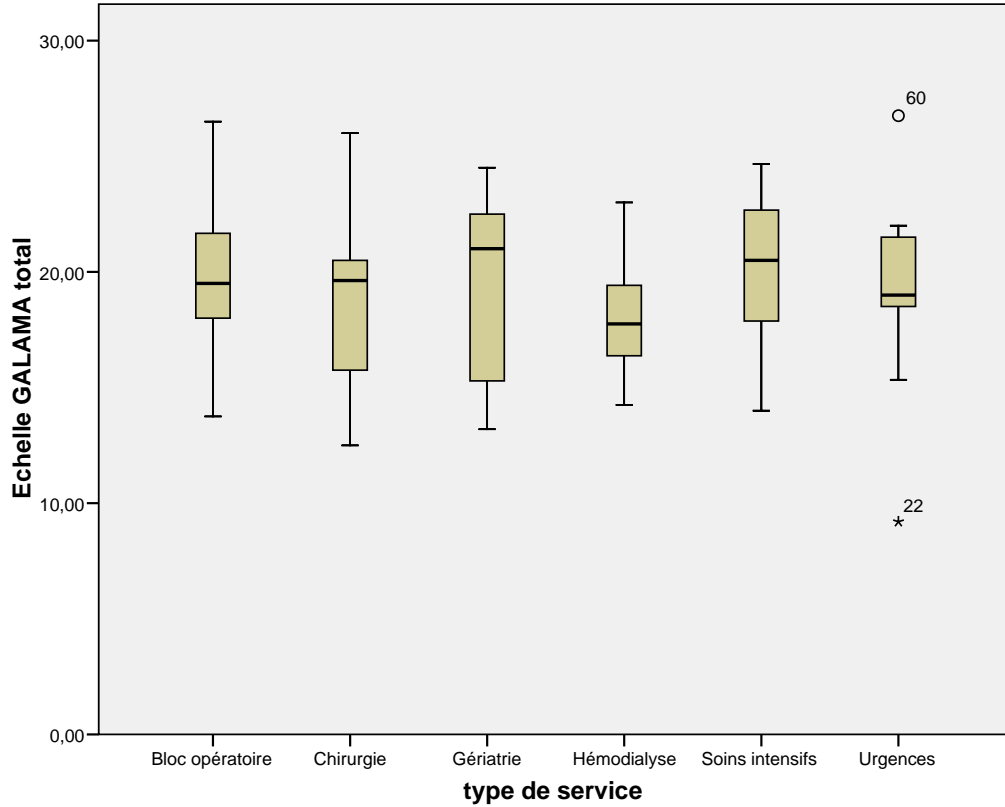
Comme le mentionne le tableau ci-après, les scores totaux moyens ne varient pas en fonction du service (Anova : $F= 1,408$; $df: 5$; $p = 0,221$). Si le score moyen ne varie pas d'un service à l'autre, cependant on observe une importante variation de la distribution d'un service à l'autre (Tableau 6.39)

Tableau 6.39 Complexité des situations avec l'échelle de Galama par service

service	Mean	Std. Deviation	N
B	19,7213	5,24128	61
C	18,6444	6,00059	45
G	19,1273	6,48661	55
H	18,0156	4,70897	64
I	20,3662	5,36187	71
U	19,0725	5,70943	69
Total	19,2027	5,58378	365

Data : Nursing_phase3_N=103 – Calcul : Cies-SESA-UCL

En calculant le score moyen par situation, on constate que les situations des services de gériatrie et soins intensifs sont évaluées, en moyenne comme plus complexes et les situations d'hémodialyse comme moins complexes. Le service de chirurgie regroupe des situations dont la complexité semble plus hétérogène. Le service des urgences a 2 outliers, une situation beaucoup plus complexe et l'autre nettement moins complexe comparativement aux autres situations du service.



Néanmoins, les différences observées sont statistiquement non significatives (Kruskal-Wallis : $\chi^2=4.467$; $df=5$; $p=0.484$).

14.3 CORRÉLATION ENTRE LES 2 ECHELLES D'ÉVALUATION DE LA COMPLEXITÉ DES SITUATIONS

Les 2 échelles de complexité sont corrélées entre elles. Cette corrélation élevée se maintient lorsque l'analyse est réalisée en fonction du service.

Tableau 6.40 Corrélations entre les 2 échelles de complexité des situations
Echelle UCL-UGent

Test paramétrique	Pearson Correlation	,811(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	103
Test non paramétrique	Kendall's tau_b	,662(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	103

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Épreuve graphique ne met pas en évidence de corrélation fallacieuse

Data : Nursing_phase3_N=103 – Calcul : Cies-SESA-UCL

This page is left intentionally blank.

KCE reports

1. Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique. D/2004/10.273/2.
2. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale (Phase I). D/2004/10.273/4.
3. Utilisation des antibiotiques en milieu hospitalier dans le cas de la pyélonéphrite aiguë. D/2004/10.273/6.
4. Leucoréduction. Une mesure envisageable dans le cadre de la politique nationale de sécurité des transfusions sanguines. D/2004/10.273/8.
5. Evaluation des risques préopératoires. D/2004/10.273/10.
6. Validation du rapport de la Commission d'examen du sous financement des hôpitaux. D/2004/10.273/12.
7. Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. D/2004/10.273/14.
8. Systèmes de financement des médicaments hospitaliers: étude descriptive de certains pays européens et du Canada. D/2004/10.273/16.
9. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation – Rapport de recherche: partie I. D/2005/10.273/02.
10. Le coût des prothèses dentaires. D/2005/10.273/04.
11. Dépistage du cancer du sein. D/2005/10.273/06.
12. Etude d'une méthode de financement alternative pour le sang et les dérivés sanguins labiles dans les hôpitaux. D/2005/10.273/08.
13. Traitement endovasculaire de la sténose carotidienne. D/2005/10.273/10.
14. Variations des pratiques médicales hospitalières en cas d'infarctus aigu du myocarde en Belgique. D/2005/10.273/12
15. Evolution des dépenses de santé. D/2005/10.273/14.
16. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale. Phase II : développement d'un modèle actuariel et premières estimations. D/2005/10.273/16.
17. Evaluation des montants de référence. D/2005/10.273/18.
18. Utilisation des itinéraires cliniques et guides de bonne pratique afin de déterminer de manière prospective les honoraires des médecins hospitaliers: plus facile à dire qu'à faire.. D/2005/10.273/20
19. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences. D/2005/10.273/22.
20. HTA Diagnostic Moléculaire en Belgique. D/2005/10.273/24, D/2005/10.273/26.
21. HTA Matériel de Stomie en Belgique. D/2005/10.273.28.
22. HTA Tomographie par Emission de Positrons en Belgique. D/2005/10.273/30.
23. HTA Le traitement électif endovasculaire de l'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA). D/2005/10.273.33.
24. L'emploi des peptides natriurétiques dans l'approche diagnostique des patients présentant une suspicion de décompensation cardiaque. D/2005/10.273.35
25. Endoscopie par capsule. D2006/10.273.02.
26. Aspects médico-légaux des recommandations de bonne pratique médicale. D2006/10.273/06.
27. Qualité et organisation des soins du diabète de type 2. D2006/10.273/08.
28. Recommandations provisoires pour les évaluations pharmacoéconomiques en Belgique. D2006/10.273/11.
29. Recommandations nationales Collège d'oncologie : A. cadre général pour un manuel d'oncologie B. base scientifique pour itinéraires cliniques de diagnostic et traitement, cancer colorectal et cancer du testicule. D2006/10.273/13.
30. Inventaire des bases de données de soins de santé. D2006/10.273/15.
31. Health Technology Assessment : l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le dépistage du cancer de la prostate. D2006/10.273/18.
32. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation - Rapport de recherche: partie II. D2006/10.273/20.
33. Effets et coûts de la vaccination des enfants Belges au moyen du vaccin conjugué antipneumococcique. D2006/10.273/22.
34. Trastuzumab pour les stades précoces du cancer du sein. D2006/10.273/24.

35. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale – Phase III : affinement des estimations. D/2006/10.273/27.
36. Traitement pharmacologique et chirurgical de l'obésité. Prise en charge résidentielle des enfants sévèrement obèses en Belgique. D/2006/10.273/29.
37. Health Technology Assessment Imagerie par Résonance Magnétique. D/2006/10.273/33.
38. Dépistage du cancer du col de l'utérus et recherche du Papillomavirus humain (HPV). D/2006/10.273/36
39. Evaluation rapide de technologies émergentes s'appliquant à la colonne vertébrale : remplacement de disque intervertébral et vertébro/cyphoplastie par ballonnet. D/2006/10.273/39.
40. Etat fonctionnel du patient: un instrument potentiel pour le remboursement de la kinésithérapie en Belgique? D/2006/10.273/41.
41. Indicateurs de qualité cliniques. D/2006/10.273/44.
42. Etude des disparités de la chirurgie électorale en Belgique. D/2006/10.273/46.
43. Mise à jour de recommandations de bonne pratique existantes. D/2006/10.273/49.
44. Procédure d'évaluation des dispositifs médicaux émergents. D/2006/10.273/51.
45. HTA Dépistage du Cancer Colorectal : état des lieux scientifique et impact budgétaire pour la Belgique. D/2006/10.273/54.
46. Health Technology Assessment. Polysomnographie et monitoring à domicile des nourrissons en prévention de la mort subite. D/2006/10.273/60.
47. L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins Belges. D/2006/10.273/62
48. Lombalgie chronique. D/2006/10.273/64.
49. Médicaments antiviraux en cas de grippe saisonnière et pandémique. Revue de littérature et recommandations de bonne pratique. D/2006/10.273/66.
50. Contributions personnelles en matière de soins de santé en Belgique. L'impact des suppléments. D/2006/10.273/69.
51. Besoin de soins chroniques des personnes âgées de 18 à 65 ans et atteintes de lésions cérébrales acquises. D/2007/10.273/02.
52. Rapid Assessment: Prévention cardiovasculaire primaire dans la pratique du médecin généraliste en Belgique. D/2007/10.273/04.
53. Financement des soins Infirmiers Hospitaliers. D/2007/10 273/06
54. Vaccination des nourrissons contre le rotavirus en Belgique. Analyse coût-efficacité
55. Valeur en termes de données probantes des informations écrites de l'industrie pharmaceutique destinées aux médecins généralistes. D/2007/10.273/13
56. Matériel orthopédique en Belgique: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/15.
57. Organisation et Financement de la Réadaptation Locomotrice et Neurologique en Belgique D/2007/10.273/19
58. Le Défibrillateur Cardiaque Implantable.: un rapport d'évaluation de technologie de santé D/2007/10.273/22
59. Analyse de biologie clinique en médecine général. D/2007/10.273/25
60. Tests de la fonction pulmonaire chez l'adulte. D/2007/10.273/28
61. Traitement de plaies par pression négative: une évaluation rapide. D/2007/10.273/31
62. Radiothérapie Conformationnelle avec Modulation d'intensité (IMRT). D/2007/10.273/33.
63. Support scientifique du Collège d'Oncologie: un guideline pour la prise en charge du cancer du sein. D/2007/10.273/36.
64. Vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Belgique: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/42.
65. Organisation et financement du diagnostic génétique en Belgique. D/2007/10.273/45.
66. Drug Eluting Stents en Belgique: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/48.
67. Hadronthérapie. D/2007/10.273/51.
68. Indemnisation des dommages résultant de soins de santé - Phase IV : Clé de répartition entre le Fonds et les assureurs. D/2007/10.273/53.
69. Assurance de Qualité pour le cancer du rectum – Phase I: Recommandation de bonne pratique pour la prise en charge du cancer rectal D/2007/10.273/55
70. Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. D/2008/10.273/02
71. Recommandation de bonne pratique clinique pour cinq tests ophtalmiques. D/2008/10.273/05
72. L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis. D/2008/10.273/08
73. Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique : Définition et évaluation du patient gériatrique, fonction de liaison et évaluation d'un instrument pour un financement approprié. D/2008/10.273/12

74. Oxygénothérapie Hyperbare: Rapid Assessment. D/2008/10.273/14.
75. Guideline pour la prise en charge du cancer oesophagien et gastrique: éléments scientifiques à destination du Collège d'Oncologie. D/2008/10.273/17.
76. Promotion de la qualité de la médecine générale en Belgique: status quo ou quo vadis ? D/2008/10.273/19.
77. Orthodontie chez les enfants et adolescents D/2008/10.273/21
78. Recommandations pour les évaluations pharmacoéconomiques en Belgique. D/2008/10.273/24.
79. Remboursement des radioisotopes en Belgique. D/2008/10.273/27.
80. Évaluation des effets du maximum à facturer sur la consommation et l'accessibilité financière des soins de santé. D/2008/10.273/36.
81. Assurance de qualité pour le cancer rectal – phase 2: développement et test d'un ensemble d'indicateurs de qualité. D/2008/10.273/39
82. Angiographie coronaire par tomодensitométrie 64-détecteurs chez les patients suspects de maladie coronarienne. D/2008/10.273/41
83. Comparaison internationale des règles de remboursement et aspects légaux de la chirurgie plastique D/2008/10.273/44
84. Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T. D/2008/10.273/47
85. Comparaison de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique. D/2008/10.273/50.
86. Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers :possibilités et limites D/2008/10.273/53

