



**EHESP**

---

**Filière Directeur des soins**

Promotion : **2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

---

**Le directeur des soins et la polyvalence  
des infirmier(e)s:  
une place à prendre dans le cadre du  
développement des compétences.**

---

**Valérie ETTWILLER-BURG**

---

# Remerciements

---

Je remercie les directeurs des soins, cadres de pôle et infirmières qui ont accepté de répondre à mes questions.

Mes remerciements :

à Isabelle Monnier et Mathias Waelli. Leurs conseils et leur écoute m'ont permis de cheminer dans l'élaboration de mon mémoire,

à Anne-Marie Barruol pour son regard d'expert et son amitié de toujours,

à maman pour la relecture minutieuse de ce travail,

tout particulièrement à Véronique pour son authenticité, la qualité de nos échanges et notre complicité tout au long de notre formation et à l'avenir,

à Sandrine, Cyrille et Thierry pour notre parcours et vécu hors du commun,

aux 34 collègues de promotion DS 2012 pour leur esprit Carpe Diem,

à Christian, Catherine et Marie-Claire de m'avoir accompagnée et transmis l'énergie qui m'a permis d'être où je suis aujourd'hui,

à ma famille, à Elodie et mes amis qui n'ont cessé de m'exprimer leur soutien et de m'apporter leur aide durant cette année,

à Paul pour son soutien sans faille,

« *Les rivières sont des chemins qui marchent et portent où l'on veut aller* ».

Pascal (Dictionnaire des Citations françaises – Larousse 1996)

Hugo, Delphine, Sophie, Fanny et Yannick, merci, vous m'avez aidée à trouver mon chemin.

Enfin, « *Demain ne sera pas comme hier. Il sera nouveau et il dépendra de nous. Il est moins à découvrir qu'à inventer* ».

Gaston Berger – Phénoménologie du temps et prospective, PUF, 1964 pour LMDS.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 LES ECLAIRAGES CONCEPTUELS .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Entre mobilité, polycompétence et polyvalence .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 La mobilité.....	7
1.1.2 La polycompétence .....	7
1.1.3 La polyvalence .....	8
1.1.4 La polyvalence IDE inscrite en termes de valeur dès la formation initiale .....	10
1.1.5 La polyvalence infirmière doit être circonscrite .....	11
<b>1.2 Les compétences.....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Eléments de définition de la compétence individuelle.....	14
1.2.2 La compétence infirmière .....	16
1.2.3 Et la compétence collective .....	17
<b>1.3 Le management dans le cadre de la polyvalence des IDE .....</b>	<b>18</b>
1.3.1 Qu'est ce que le management ?.....	18
1.3.2 L'évolution du management .....	18
1.3.3 Le management par projets.....	19
1.3.4 Le management des compétences.....	20
<b>1.4 Reconnaissance et identification.....</b>	<b>20</b>
1.4.1 La reconnaissance .....	21
1.4.2 Le sentiment d'appartenance .....	21
<b>1.5 Synthèse de l'approche théorique.....</b>	<b>22</b>
<b>2 CE QUE NOUS APPORTE LE TERRAIN .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Méthodologie de l'enquête .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Lieu de l'enquête.....	23
2.1.2 Choix de la population.....	23
2.1.3 Choix de l'outil.....	24
2.1.4 Conditions de recueil des données.....	24
2.1.5 Limites et fiabilité.....	25
<b>2.2 A la rencontre du terrain.....</b>	<b>25</b>
2.2.1 La représentation des acteurs de la polyvalence.....	25
2.2.2 Un dispositif qui permet une prise en charge holistique du patient.....	27
2.2.3 Mais dans certaines conditions .....	27

2.2.4	Les avantages perçus de la polyvalence des IDE.....	31
2.2.5	Avec très peu de freins et de limites .....	32
2.2.6	Et quelle place attribuée aux DS ?.....	34
2.2.7	Une confrontation aux hypothèses est nécessaire.....	37
<b>3</b>	<b>PISTES DE REFLEXION ET PRECONISATIONS .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>Contribution du DS au niveau de la politique d'établissement .....</b>	<b>39</b>
3.1.1	Dans le cadre du projet d'établissement et de l'équipe de direction .....	39
3.1.2	Dans le cadre des relations avec le corps médical .....	40
3.1.3	Dans le cadre des relations avec les partenaires sociaux.....	40
<b>3.2</b>	<b>Contribution du DS au niveau stratégique .....</b>	<b>41</b>
3.2.1	Dans le cadre du projet de soins .....	41
3.2.2	Avec l'appui de la CSIRMT .....	42
3.2.3	Par le biais de sa collaboration avec la DRH dans le cadre du projet social .	43
3.2.4	Par le biais de ses relations avec le DS d'IFSI.....	43
3.2.5	Sans oublier la place du CTE .....	44
3.2.6	Un management approprié de l'encadrement s'impose .....	45
<b>3.3</b>	<b>Contribution du DS au niveau opérationnel .....</b>	<b>47</b>
3.3.1	En définissant les modalités de la polyvalence des IDE.....	48
3.3.2	En formalisant le profil des équipes .....	49
3.3.3	En travaillant un projet d'intégration des IDE .....	50
3.3.4	En promouvant l'harmonisation des pratiques et des locaux .....	50
3.3.5	En échangeant sur les expériences entre les professionnels de santé .....	51
3.3.6	En construisant un dispositif de suivi .....	51
3.3.7	En définissant un périmètre pour la formation continue .....	51
3.3.8	En synthèse.....	52
	<b>Conclusion .....</b>	<b>53</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>55</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AFNOR</b>	Association Française de NORmalisation
<b>AP-HP</b>	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
<b>ASH</b>	Agent des Services Hospitaliers
<b>CEREQ</b>	Centre d'Etudes et de REcherche sur les Qualifications
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHT</b>	Communauté Hospitalière de Territoire
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CP</b>	Cadre de Pôle
<b>CSIRMT</b>	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique
<b>CTE</b>	Comité Technique d'Etablissement
<b>DPC</b>	Développement Professionnel Continu
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DS</b>	Directeur des Soins
<b>GCS</b>	Groupement de Coopération Sanitaire
<b>HAS</b>	Haute Autorité en Santé
<b>IDE</b>	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
<b>IFSI</b>	Institut de Formation en Soins Infirmiers
<b>MEDEF</b>	Mouvement des Entreprises DE France

# Introduction

## Contexte général

Les établissements de santé ces dernières années sont soumis à de profondes mutations. Ainsi, les Ordonnances Juppé du 24 avril 1996<sup>1</sup> portant réforme de l'hospitalisation publique et privée renforcent le critère économique dans les choix et les orientations politiques hospitaliers. Il s'agit d'associer meilleure qualité, sécurité des soins pour tous et maîtrise des dépenses. L'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 relative à la nouvelle gouvernance suivie de la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires<sup>2</sup> en 2009 obligent, entre autre, les hôpitaux à adapter leur offre de soins aux besoins de la population soignée. De plus, au regard d'une part, de la mise en place des pôles, et d'autre part de l'augmentation de la population vieillissante, de l'évolution des modes de prises en charge et des techniques médicales, les hôpitaux et leurs acteurs doivent reconsidérer leurs organisations de travail. Ces restructurations nécessitent souvent un redéploiement des emplois, la mise en place de pools de pôles. Par ailleurs, elles exigent une redéfinition de la politique de remplacements en cas d'absentéisme et de renforcement des équipes dans des situations d'augmentation de la charge de travail ponctuelle ou saisonnière.

Parallèlement, ces évolutions demandent aux personnels, et notamment aux infirmiers, de savoir s'adapter à ces nouvelles organisations en faisant appel à la **polyvalence** celle-ci étant parfois souhaitée par l'agent, quelquefois imposée.

Aussi, ces modifications d'organisations induisent des changements dans les habitudes des pratiques professionnelles. Elles obligent à des remises en cause, à un important investissement pour une actualisation des compétences et à une prise de recul des agents par rapport à un attachement à un service pour adopter une posture plus institutionnelle.

---

<sup>1</sup> LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n° 98 du 25 avril 1996.

<sup>2</sup> LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009, texte n°1.

## Un espace de problèmes

*« Ce sont rarement les réponses qui apportent la vérité, mais l'enchaînement des questions ».*

Daniel PENNAC, « Extrait de la Fée Carabine »

*« On est souvent pour ou contre la polyvalence, rarement indifférent »<sup>3</sup>*

Mon expérience professionnelle m'a permis de conduire et/ou de collaborer à la mise en œuvre d'une politique de polyvalence des personnels. Les objectifs étaient le plus souvent multiples, à savoir :

- pallier les absences des personnels,
- faciliter les départs en congés des agents,
- permettre des marges de manœuvre plus importantes concernant les cycles de travail,
- répondre aux variations d'activités par une meilleure adéquation et/ou adaptation des professionnels aux besoins,
- faciliter la prise en charge des patients par filière,
- favoriser le développement des compétences de l'infirmier(e) (IDE)<sup>4</sup> grâce à un exercice professionnel dans un champ plus large,
- contribuer à une meilleure connaissance des pathologies,
- promouvoir le décloisonnement au sein des pôles.

Ainsi, par exemple, les agents des services hospitaliers (ASH), sont polyvalents en fonction de critères géographiques, à savoir par étage. Ce mode de fonctionnement aura permis la redéfinition des effectifs à la baisse (de huit équivalents temps plein ASH en 2010). Néanmoins, une polyvalence des ASH répartie sur trois secteurs d'activités différents comme les urgences, le bloc opératoire et la stérilisation aura été organisée et permis le développement de leurs compétences dans des secteurs où les exigences en matière de bio nettoyage sont élevées.

---

<sup>3</sup> PRUNET-DEVRET G., 1999, *Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ?*, Thèse pour le Doctorat Sciences et Gestion, Université Lumière Lyon 2, p.70.

<sup>4</sup> Lire partout : Infirmier (re) Diplômé(e) d'Etat.

Par ailleurs, concernant les IDE et IDE spécialisées, la polyvalence sur la filière mère-enfant leur aura offert la possibilité d'exercer leur fonction au sein de plusieurs services : la pédiatrie, la néonatalogie, la gynécologie, l'obstétrique et à développer des compétences dans ces différents champs d'activités. En effet, ces deux secteurs, normés sur le plan des effectifs se voyaient par moment sous ou sur-dotés en personnels infirmiers au regard d'un taux d'occupation fluctuant lié à une activité irrégulière et/ou saisonnière.

Le principe de la polyvalence a été adopté dans différents autres secteurs comme : le service de neurologie et le plateau technique de neurologie. Concernant cette spécialité, ce sont les IDE du service d'hospitalisation qui, pour une quotité de leur temps de travail, exercent également leur métier sur un plateau technique. Ce fonctionnement est comme celui décrit précédemment de l'ordre d'une polyvalence instaurée dans le cadre d'une prise en charge de patients par filière de soins. Cette démarche permet à l'IDE d'explorer toutes les « facettes » de la spécialité (les différentes pathologies et leurs prises en charge en neurologie, mais aussi tout le versant des explorations fonctionnelles).

La même organisation a été mise en place entre les services de néphrologie et d'hémodialyse, les unités d'hospitalisation et les consultations externes de chirurgie. Il en va de même pour la prise en charge du patient en cardiologie, s'agissant de ce secteur, certaines IDE sont polyvalentes au niveau de l'hébergement, du plateau technique et l'unité de soins intensifs de cardiologie.

La polyvalence, au sein de pôles plus « techniques » tel que le pôle anesthésie/réanimation/urgences a été déclinée sous la forme de pool de pôle. Les IDE par exemple effectuent leur activité, aux urgences, mais uniquement sur certains postes de travail (secteur « lits porte » et « box d'urgence »), ainsi qu'en réanimation et en salle de surveillance post-interventionnelle.

De manière générale, la polyvalence a permis aux IDE de développer leurs compétences et favorisé par ce biais la prise en charge holistique<sup>5</sup> du patient. La mise en œuvre de cette politique sur l'établissement s'est faite de façon progressive au regard des opportunités : départs à la retraite d'agents, maladies prolongées (évitant ainsi le remplacement). Les modalités et formations nécessaires furent arrêtées en

---

<sup>5</sup> « **L'holistique** : est ce qui relève de l'holisme, une tendance ou une doctrine qui analyse les phénomènes du point de vue des multiples interactions qui les caractérisent. L'holisme met l'accent sur l'importance d'un tout (ou d'une totalité) comme étant une chose qui va au-delà de la somme des parties, où il y a lieu de retenir l'importance de l'interdépendance de celles-ci. Il convient de retenir que le « holos » est un mot grec qui veut dire « tout » ou « entier ». <http://lesdefinitions.fr/holistique>



collaboration entre la direction des soins, les cadres de pôles, de proximité et les agents concernés. Des réunions d'informations et d'échanges ont été proposées aux personnels afin de répondre à leurs interrogations et faciliter l'expression de leurs craintes.

Nous avons malgré tout relevé sur certains secteurs d'activités une augmentation transitoire de l'absentéisme, un sentiment des agents d'être considérés comme des « bouche-trous », un besoin de redéfinir plus clairement leurs nouvelles fonctions.

Aussi, si la polyvalence des personnels est une démarche de plus en plus répandue et utilisée dans les structures hospitalières, il n'en reste pas moins que son application interpelle et questionne. Une réflexion sur le sujet paraît pertinente.

Alors, quel est l'intérêt de la polyvalence des IDE pour l'institution ? Si le dispositif de polyvalence existe comment est-il géré ? Quelles sont les limites à sa mise en place ?

La déclinaison d'une politique de polyvalence des IDE au sein d'une structure hospitalière est certes délicate. En tant que directeur des soins (DS), je suis concernée par ce phénomène d'autant qu'il engage la qualité des soins et la compétence des professionnels infirmiers.

Aussi, l'intervention du DS, membre du directoire, de l'équipe de direction et en cohérence avec les chefs de pôles visera à veiller, malgré un contexte financier contraint, à l'optimisation des moyens humains, l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. De plus, il s'attachera à promouvoir le développement des compétences des personnels et la qualité de leur travail.

Les missions du DS sur le sujet sont définies dans le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction publique hospitalière; Il précise dans son article 4 que le directeur des soins : « *...participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins, (...) élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité (...) en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications, (...) il participe à l'élaboration du plan de développement continu dans son champ de compétence, (...) au développement des parcours professionnels qualifiants...* ».

De plus, le référentiel métier de directeur des soins lui attribue un rôle central de :  
« ...veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients, (...) il prend les mesures nécessaires à la continuité des soins notamment dans la gestion des moyens de remplacement de soignants, dans une logique de solidarité institutionnelle... ».

Concernant le personnel infirmier, y a-t-il une plus-value pour lui à intégrer ce type de fonctionnement ? Quels sont les pré-requis à son insertion ? Quel équilibre temporel faut-il pour permettre le développement des compétences de l'IDE ?

Suite à l'expérience évoquée ci-dessus, je ne souhaite pas aborder dans ce travail la réponse à l'absentéisme que permet le dispositif de polyvalence des IDE.

Je vais centrer mon étude et ma réflexion sur la plus-value qualitative éventuelle pour l'IDE intégrant un dispositif de polyvalence. Aussi, mon questionnement de départ s'inscrit de la manière suivante :

**En quoi, la polyvalence des personnels infirmiers concoure-t-elle au développement de leurs compétences ?**

De cette interrogation émergent les hypothèses suivantes :

- a) La perception et la définition de la polyvalence n'est pas la même selon la place occupée dans l'organisation par les acteurs.
- b) La polyvalence permet le développement des compétences du personnel infirmier.
- c) Le dispositif de polyvalence facilite la prise en charge holiste du patient.
- d) Tout en répondant à des critères économiques, la polyvalence des personnels infirmiers concourt à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.
- e) La polyvalence, pour permettre le développement des compétences de l'IDE, doit s'inscrire dans une démarche institutionnelle.

Ainsi, cette étude comporte trois phases.

La première consiste en une approche générale et conceptuelle des notions de polyvalence et de compétences développées chez les professionnels infirmiers.

La seconde partie présente l'analyse des entretiens effectués auprès de DS, cadres de pôle et IDE. Cette phase permet de vérifier le bien-fondé de mon questionnement et de mettre en exergue les points de divergences sur le sujet.

Enfin, la troisième partie est consacrée aux préconisations et aux transferts possibles dans ma future fonction de DS.

# 1 LES ECLAIRAGES CONCEPTUELS

*« Homme de la plaine, pourquoi gravis-tu la montagne ?*

*Pour mieux regarder la plaine »*

André MALRAUX, « Les chênes qu'on abat »

De quoi veut-on parler lorsque l'on parle de polyvalence ? Bien souvent l'usage est fait d'autres termes comme : mobilité, polycompétence. Quelles définitions donne-t-on à ces différentes notions ?

## 1.1 Entre mobilité, polycompétence et polyvalence

### 1.1.1 La mobilité

Le dictionnaire définit la mobilité comme étant : *« la propriété, le caractère de ce qui est susceptible de mouvement, de ce qui peut se mouvoir ou être mû, changer de place, (...) de lieu de résidence (mobilité géographique) »*.<sup>6</sup>

Les mêmes sources, parleront de :

- mobilité interne à l'établissement, à savoir d'une activité à une autre.  
A l'hôpital cette notion renvoie aux déplacements possibles d'un agent dans d'autres sites de soins (services, étages, bâtiments).
- mobilité externe, d'un établissement à un autre dans le cadre d'une mutation par exemple, mais aussi de collaborations et coopérations entre structures de santé.

### 1.1.2 La polycompétence

*« Est la capacité vérifiée à tenir complètement, de manière discontinue mais répétitive, un ou plusieurs autres postes d'une même position hiérarchique relevant d'un autre métier et/ou domaine d'activité. Cette définition est à différencier de la notion de polyvalence qui*

---

<sup>6</sup> [www.larousse.fr/dictionnaires/français/mobilite/51890](http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/mobilite/51890)

*consiste en la capacité vérifiée de tenir complètement, de manière discontinue mais répétitive, un poste dans le même métier ».*<sup>7</sup>

### 1.1.3 La polyvalence

#### A) Quelle définition ?

Le préfixe « *poly* »<sup>8</sup> vient du grec : « *polùs* » voulant dire beaucoup, en grand nombre.

Le terme « *valence* »<sup>9</sup> vient originellement du domaine de la chimie pour désigner le nombre de liaisons chimiques qu'un atome peut engager avec un autre atome.

Ainsi, un polyvalent se dit d'un corps chimique possédant plusieurs valences, rapporté à l'humain, il s'agira d'une personne ayant plusieurs fonctions ou plusieurs aptitudes.

D'autre part, sociologiquement, la polyvalence s'oppose à la spécialisation des tâches, prônée par le taylorisme.

Aussi, à l'inverse du postulat : « un homme, une tâche, un poste de travail », l'on peut retenir pour ce travail la polyvalence comme étant, pour un professionnel, une façon d'appréhender et réaliser des activités multiples de sa fonction sur différentes disciplines et secteurs d'activités.

Par ailleurs, M. Davoy définit la polyvalence comme « *la possibilité d'affecter alternativement et/ou successivement un homme à deux tâches différentes, à deux postes différents, à deux fonctions différentes* ».<sup>10</sup>

Ainsi deux grandes idées contradictoires apparaissent à la lecture de cette définition :

- diverses tâches, a priori exercées dans un environnement professionnel spécifique. Dans ce cas, le personnel est relativement sédentaire sur un poste bien déterminé mais exerçant des tâches variées.
- diverses affectations sur des postes différents. Le professionnel est dit « nomade » passant d'un poste à l'autre.

---

<sup>7</sup> Convention collective nationale des instruments à écrire et des industries connexes du 13 février 1973. Etendue par arrêté du 14 septembre 1973 JONC 5 octobre 1973 rectificatif JONC 20 octobre 1973. Classifications Accord du 28 octobre 2002. Brochure n° 3171.

[Visité le 19. 05. 2012], disponible sur Internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do?idConvention=KALICONT000005635873>

<sup>8</sup> <http://www.fr.wiktionary.org/wiki/poly>.

<sup>9</sup> [www.mediadico.com/dictionnaire/definition/valences](http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/valences).

<sup>10</sup> EVERAERE C. *La polyvalence et ses contradictions*. p.3 [Visité le 01.06.2012], disponible sur Internet : [http://centremagellan.univ-lyon3.fr/fr/articles/46\\_668.pdf](http://centremagellan.univ-lyon3.fr/fr/articles/46_668.pdf)

Cette typologie met en exergue un paradoxe. Celui de l'agent « fixe » sur un poste de travail, qui de ce fait va pouvoir effectuer des tâches différentes et ainsi développer ses compétences dans une situation de travail donnée. Le second profil, de « nomade ou par rotation » n'est envisageable pour C. Everaere que si « *le niveau d'exigence en termes de compétences, d'autonomie et de responsabilité est faible* ». <sup>11</sup>

## B) Les freins et les limites à la polyvalence

L'auteur dans son approche, s'il est favorable à une polyvalence dans un contexte professionnel précis et stable, émettra comme limite la polyvalence par rotation sur poste en ce sens où elle « *empêche le processus d'apprentissage nécessaire à la maîtrise de chacun des postes ou de chacune des fonctions concernées* ». <sup>12</sup>

G. Devret <sup>13</sup>, dans son étude sur le sujet à l'hôpital en 2001, montre que l'organisation du travail est le frein dominant à la polyvalence. Le manque d'uniformisation des protocoles, l'hétérogénéité dans la gestion des matériels, des commandes mais aussi celle des roulements de travail entraînent une perte de repères et génèrent du stress chez les professionnels.

Cette même étude met en avant certaines limites plutôt en lien avec la polyvalence par rotation, cela tendrait à confirmer que la polyvalence dans une situation de travail donnée (ou sur une prise en charge de patient : consultations, hospitalisation, plateau technique par exemple) ne pose pas de question en termes de limites.

Ainsi, la polyvalence « nomade » induirait une « *déqualification professionnelle due à des connaissances superficielles, insuffisantes pour une bonne qualité des services* ». <sup>14</sup>

Par ailleurs, lorsque les remplacements ne sont pas suffisamment anticipés et accompagnés, ils provoquent un mal-être chez le personnel concerné et un sentiment d'être un « bouche-trou » ou un pion.

Par ailleurs, Bernard Galambaud avance que : « *la mobilité semble être liée à la jeunesse et la stabilité est une vertu que l'on associe à la maturité* ». <sup>15</sup>

Ainsi, la polyvalence serait l'apanage des jeunes professionnels afin de parfaire leur apprentissage et serait perçue comme plus suspecte et/ou inutile chez un agent ayant de l'ancienneté.

---

<sup>11</sup> Ibid. p.5

<sup>12</sup> Ibid. p.5.

<sup>13</sup> DEVRET G., Décembre 2002, « La polyvalence : pour ou contre ? », *Objectifs soins*, n° 111, p.9.

<sup>14</sup> Ibid. p.13.

<sup>15</sup> GALAMBAUD B., 1983, *Des hommes à gérer*, Paris EME.

Enfin, la polyvalence pour les agents peut être source de craintes du changement, d'appréhension de l'inconnu, de pertes de repères en lien avec le changement environnemental. De plus, c'est la peur de ne pas être suffisamment performant...<sup>16</sup>

### C) La polyvalence a des avantages sous conditions

La polyvalence pour G. Devret<sup>17</sup> permet de valoriser les compétences transversales, la mise à jour régulière des connaissances, l'accroissement de l'enrichissement professionnel. Sur le plan personnel et individuel elle facilite l'expression de confiance en soi et de capacité d'adaptation. Elle autorise une meilleure répartition de la charge de travail au sein des équipes et des pôles.

Enfin, la polyvalence est perçue comme un mode d'exercice professionnalisant dans un objectif de qualité des soins et de prise en charge holistique du patient mais à condition de la concevoir avec une vision institutionnelle des soins et non par « service ».

La nécessité d'un modèle conceptuel officiel formulé et partagé est avancée pour ne pas générer d'incertitudes et des réticences auprès des professionnels concernés.

De plus, « *les infirmières considèrent que la polyvalence présente des avantages lorsqu'elle est pratiquée intraservice, mais aussi interservices, à condition qu'il y ait une limitation numérique des secteurs d'intervention* ». <sup>18</sup>

#### **1.1.4 La polyvalence IDE inscrite en termes de valeur dès la formation initiale**

L'adjectif polyvalent qualifie la personne qui est à l'aise dans plusieurs disciplines ou douée de talents variés. Qui a plusieurs compétences. <sup>19</sup>

### A) La polyvalence infirmière, un postulat dès la formation initiale

Concernant l'IDE, c'est dès 1992 que le programme des études de la profession d'infirmier(e) est présenté avec pour objectif l'émergence d'une IDE apte à répondre aux besoins de santé et pouvant travailler dans tous les secteurs d'activités. A cette époque

---

<sup>16</sup> DULAK E., 2001, *La mobilité au service de la compétence*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes.

<sup>17</sup> DEVRET G., Décembre 2002, « La polyvalence : pour ou contre ? », *Objectifs soins*, n° 111, p.10.

<sup>18</sup> Ibid. p.11.

<sup>19</sup> DEVRET G., Décembre 2002, « La polyvalence : pour ou contre ? », *Objectifs soins*, n° 111.

les mots clefs des principes pédagogiques permettent de définir les qualités attendues des futurs IDE : polyvalence, autonomie, responsabilisation.

A ce jour, le nouveau référentiel de formation précise qu'il « a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant... les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées ».<sup>20</sup>

Ainsi, dès la formation initiale de l'IDE l'on peut relever l'importance donnée au souhait de mise sur le « marché du travail » de professionnels capables de jugement, d'efficience et de discernement dans la justesse des actions et des pratiques.

## B) Un autre postulat, la continuité des soins

La présence de professionnels IDE polyvalents au sein d'une structure hospitalière est légitimée par des principes éthiques et légaux.

En effet, le service public est soumis au respect de quatre principes fondamentaux connus sous le nom de « Loi de Rolland »<sup>21</sup> : le principe d'égalité, neutralité, mutabilité et de continuité des soins. Ce dernier exige le respect de contraintes rigoureuses en termes d'organisation.

La présence d'IDE polyvalents permet donc d'atteindre l'objectif de continuité des soins et répond, par ce biais, en partie à celui de la qualité de la prise en charge des patients.

### 1.1.5 La polyvalence infirmière doit être circonscrite

Le métier change vite, les savoirs évoluent, l'environnement est moins stable. Dans ce contexte, G. Devret propose une polyvalence des IDE qu'elle qualifie de « circonscrite » afin de permettre :

- « une bonne qualité de la prestation client,
- un épanouissement personnel et professionnel du personnel,
- une gestion efficiente des ressources humaines ».<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS ; Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel, n°0181 du 7 août 2009, texte n°18. Annexe III.

<sup>21</sup> « **La Loi de Rolland** : (1938), « aussi appelée loi de service public, inspirée par le Professeur Rolland, elle désigne un corps de règles communes à tout le service public, et permet ainsi de préciser que l'Administration est tenue de faire fonctionner correctement le service public et de l'assurer sans interruption ».

CLERC F. *Pour un renouvellement de la réflexion sur le service public et l'éducation*. [Visité le 09.07.2012], disponible sur Internet :

[http://www.educationetdevenir.fr/IMG/pdf/Problematique\\_Colloque\\_2011\\_FC.pdf](http://www.educationetdevenir.fr/IMG/pdf/Problematique_Colloque_2011_FC.pdf)

<sup>22</sup> DEVRET G., Février 2001, « « La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir », *Gestion hospitalières*, n°403, p.112.



Elle suggère de limiter la polyvalence à deux ou trois domaines d'activités pour pouvoir trouver le « *bon rapport entre compétence et qualité de prestation à fournir au patient* ». <sup>23</sup>

Aussi, l'auteur décrit la polyvalence des IDE sous la forme de trois niveaux d'exploration. Le schéma ci-après donne un exemple de mise en œuvre de la polyvalence IDE vu par G. Devret. Il s'agit d'une polyvalence dite : « *sectorielle, managée et organisée* ».

#### A) Sectorielle

Afin de renforcer le décloisonnement entre les services de soins voire les pôles, tout en se limitant à un champ d'intervention.

Par exemple :

- sur plusieurs services de médecine,
- sur un domaine d'activité dont deux spécialités (néphrologie et urologie),
- sur une même spécialité avec plusieurs activités (la cardiologie en médecine, chirurgie, réanimation...consultation),
- ou encore une zone géographique.

#### B) Managée

Dans le cadre de la politique d'établissement, de l'équipe de direction dont le DS, grâce à une politique institutionnelle voulant donner à la polyvalence un socle commun et un sens commun. Cette politique se déclinant auprès de l'encadrement soignant. Aussi, sur le plan qualitatif, un recensement des besoins en compétences est préconisé, ainsi que leurs modalités de développement. Les outils nécessaires à cette mise en œuvre et à son suivi seront prévus.

#### C) Organisée

Grâce à la formalisation des organisations soignantes (planification des soins, harmonisation des pratiques, des outils), seront déclinées les durées d'exercices des personnels IDE dans les différents secteurs....

---

<sup>23</sup> Ibid. p.119

## Exemple de mise en œuvre de la polyvalence IDE<sup>24</sup>

### Polyvalence sectorielle

Un même domaine d'activité sur une spécialité.

Exemple : médecine neurologie

Un même domaine d'activité sur deux spécialités proches.

Exemples : médecine urologie, néphrologie.

Une même spécialité sur plusieurs domaines d'activité.

Exemples : cardiologie (médecine, chirurgie, consultation, réa, soins intensifs).

Un même secteur géographique.

Exemples : chirurgie cardiaque et gériatrie.

### Polyvalence managée

Équipe d'IDE polyvalentes expérimentées et volontaires

- sur un secteur de remplacement limité
  - avec une durée limitée
  - voire en début de carrière avant de se fixer.

Rotation égalitaire et systématique des IDE (ni trop longue ni trop courte) sur des services complémentaires :

1<sup>er</sup> exemple : hospitalisation - consultation - endoscopie  
2<sup>e</sup> exemple : réanimation et suivi d'hospitalisation.

Répartition des effectifs en fonction de la charge de travail, sur plusieurs unités d'un même pavillon (2 à 3 services d'une même pathologie)

### Polyvalence organisée

Organisation des transmissions/soins

- harmonisation des protocoles
- procédures écrites

Organisation des transmissions / environnement, à savoir informations écrites sur :

- le fonctionnement de l'hôpital
- le fonctionnement du domaine d'activité
- le fonctionnement du service de soins

Organisation matérielle des services homogène :

- rangement uniforme du matériel
- classement repérable par couleur
- personne - ressource

Réunions planifiées

- intersecteurs
- intraservice

Formation :

- stages interservices avec progression cohérente
- réactualisation des connaissances

<sup>24</sup> Ibid. p.114.

Ainsi, la polyvalence pour certains auteurs ne permet le maintien et le développement des compétences du professionnel que si celui-ci exerce son activité dans une situation de travail donnée en se limitant à une polyvalence de tâches.

Pour d'autres, le point de vue est nuancé, la polyvalence de l'IDE permet le développement de ses compétences et un enrichissement professionnel à la condition d'être circonscrite. En effet, de plus en plus les organisations de soins se structurent pour assurer une prise en charge globale et spécifique des patients (soins, social, psychologique...), mais aussi pour informer, éduquer les patients et leurs familles et pour assurer la coordination entre tous les acteurs.

L'impact positif recherché sera sur le plan de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge ainsi que sur la satisfaction du patient.

Néanmoins, cela exige de répondre aux besoins et au développement des compétences des IDE nécessaires à l'obtention de ces résultats.

Aussi, qu'entend-on par compétence ? Si être reconnu compétent est une plus-value indéniable dans le monde du travail à l'hôpital, de quelle manière l'IDE est-il concerné par la compétence dans son métier et au cours de son parcours professionnel.

## **1.2 Les compétences**

### **1.2.1 Eléments de définition de la compétence individuelle**

La définition donnée par le MEDEF (Mouvement des Entreprises DE France) est la suivante : « *la compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, de savoir-faire, expériences et comportements s'exerçant dans un contexte précis* ». <sup>25</sup>

L'approche de l'AFNOR (Association Française de NORmalisation) est celle d'une compétence professionnelle qui est la mise en œuvre de capacités, en situation professionnelle, qui permettent d'exercer correctement une fonction ou une activité. De la même manière, le CEREQ (Centre d'Etudes et de REcherche sur les Qualifications) précise que la compétence est une séquence de comportements coordonnés, efficaces.

---

<sup>25</sup> ZARAFIAN P., 1990, « Objectif compétence pour une nouvelle logique », Fiche de lecture, CNAM, éd. Liaisons, Paris, p.10.  
<http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiche/zarafian>

Pour S. Bellier<sup>26</sup>, « la compétence permet d'agir ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante, dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée ». Toujours pour le même auteur : « la compétence n'existe pas en soi, c'est le jugement d'autrui qui établit la compétence ».

Ces définitions permettent de mesurer combien la compétence ne se limite pas aux savoirs, elle est inhérente à l'action, ne se repère que dans l'action et facilite la prise d'initiative.

D'ailleurs, selon P. Zarafian, « la compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté ».<sup>27</sup> On relève dans cette définition plusieurs aspects, dont celui de l'autonomie du professionnel ainsi que de sa capacité d'adaptation à des situations variées.

Dans le même ordre d'idée, Norbert Alter précise que : « la compétence se définit par la capacité de l'individu à gérer l'incertitude au travail, c'est-à-dire à s'adapter à la réalité quotidienne du travail et des tâches qu'il doit réaliser ».<sup>28</sup> De plus, « la compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme ... »,<sup>29</sup> dans ce cas, c'est la conjonction des savoirs et de l'expérience qui permettent d'apprécier et de comprendre une situation.

Enfin, pour C. Dejoux, « la compétence individuelle si elle est utilisée ne meurt pas. En revanche, elle devient obsolète et disparaît dès lors qu'elle n'est plus utilisée ».<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> CHEDEVILLE P., 2002, *La mobilité au service de la polyvalence : un enjeu pour le directeur des soins*, Mémoire de directeur des soins, ENSP Rennes, p.18.

<sup>27</sup> ZARAFIAN P., 1990, « Objectif compétence pour une nouvelle logique », Fiche de lecture, CNAM, éd. Liaisons, Paris, p.10.

<http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiche/zarafian>

<sup>28</sup> ALTER N., 2002, « L'innovation ordinaire », Paris, éd. PUF dans MORHET C., mai 2003, *La polyvalence infirmière : obligation de compétences*, Mémoire de directeur des soins, ENSP Rennes, p.24.

<sup>29</sup> ZARAFIAN P., 1990, « Objectif compétence pour une nouvelle logique », Fiche de lecture, CNAM, éd. Liaisons, Paris, p.10.

<http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiche/zarafian>

<sup>30</sup> NOEL C., « L'éthique est-elle vraiment un ingrédient clef de la compétence des auditeurs légaux », p.4.

<http://www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des-actes/2009noel-krohmer090.pdf>

## 1.2.2 La compétence infirmière

P. Benner<sup>31</sup> décrit selon le modèle de Dreyfus et Dreyfus<sup>32</sup> la compétence comme étant un processus. L'infirmière pour l'auteur passe par cinq stades successifs d'acquisition et de développement des compétences allant de l'IDE novice à l'experte.

- Novice, c'est le cas de l'étudiant infirmier,
- Débutant, son expérience est suffisamment significative pour lui permettre de repérer les facteurs identiques aux situations, mais il lui manque encore la capacité de priorisation des événements. Il s'agit de l'IDE débutant dans la profession.
- Compétent, c'est l'IDE qui travaille depuis deux à trois ans et qui commence à savoir faire face à des situations imprévues.
- Performant, « *l'IDE performante apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face avec rapidité à ces événements* ». <sup>33</sup>
- Expert, il s'agit de l'IDE s'appuyant sur une grande expérience lui donnant une vision intuitive et une grande adaptabilité face aux situations.

Ainsi, la polyvalence n'est pas vue comme une finalité mais un moyen au service du développement des compétences chez les IDE. Préserver, développer les compétences et détecter les personnels IDE enclins et favorables à la polyvalence, tels sont les enjeux de l'hôpital aujourd'hui.

Dans tous les cas, la notion de compétence intègre deux axes, un lié aux organisations et l'autre à l'individu en tant que professionnel. Elle interroge d'une part la reconnaissance des savoirs requis par les situations de travail d'une organisation, et d'autre part la reconnaissance du professionnalisme et des parcours ou des itinéraires individuels.

De manière générale, et selon le professeur Matillon dans son rapport en août 2003, « *la compétence s'acquière au fil d'une multitude d'interactions individuelles et*

---

<sup>31</sup> BENNER P., « *De novice à expert* », 9 pp. [Visité le 13.06.2012], disponible sur Internet : <http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/benner.pdf>

<sup>32</sup> « *Modèle d'acquisition des compétences, né dans le début des années 80, réalisé par les deux frères Hubert (philosophe) et Stuart (mathématicien) Dreyfus et fondé sur l'étude des joueurs d'échecs et des pilotes d'avions* ». Issu du *Guide de formation de la préceptrice en soins infirmiers*, novembre 2008, Centre de santé et des services sociaux du Sud Ouest-Verdun, p. 10. [Visité le 20. 05. 2012], disponible sur Internet :

[http://www.aqesss.qc.ca/docs/public\\_html/document/Preceptorat/PP\\_CSSS\\_SOV\\_annexe1.pdf](http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Preceptorat/PP_CSSS_SOV_annexe1.pdf)

<sup>33</sup> Ibid.

environnementales. Elle ne peut se réduire à l'obtention d'un diplôme ce qui légitime les échanges de compétences entre IDE ». <sup>34</sup>

### 1.2.3 Et la compétence collective

Qu'est-ce qu'une compétence collective ?

Pour G. Le Boterf, elle est plus que la somme des compétences d'individus formant un groupe.

D'autre part, « *On peut de moins en moins être compétent tout seul* ». <sup>35</sup> Ainsi, émerge l'idée que l'IDE pour agir avec compétence dans une situation donnée devra savoir articuler non seulement ses propres ressources, (connaissances, savoir-faire, expériences...) mais aussi les ressources puisées dans son environnement (collègues, experts, réseaux professionnels ...).

En effet, un professionnel ne peut pas tout savoir sur tout, il convient alors pour les infirmiers de savoir interagir, coopérer avec autrui afin d'aboutir à une conception partagée de la prise en charge du patient.

Aussi, la compétence se développe grâce aux liens tissés avec d'autres professionnels qu'ils soient internes ou externes à l'établissement, inter ou intraservice.

Dans ce cas, N. Alter parle d'échanges au travers de réseaux qu'il appelle « réseaux de compétence collective ». C'est ainsi, que souvent un IDE demandera des explications sur un matériel, la réalisation d'un soin, une technique particulière à une collègue plus experte d'une autre unité ou au sein du même service.

C'est toutes ces interactions qui permettent l'émergence de la compétence collective.

Enfin, pour Françoise Dupuich-Rabasse <sup>36</sup> : « *la compétence collective se conçoit comme l'ensemble des savoir-agir nouveaux qui peuvent émerger de la synergie des compétences individuelles à l'occasion d'un projet collectif dans un système ouvert de production de biens ou de services. Cette mise en synergie des compétences individuelles suppose de réfléchir les modes et les conditions de collaboration des*

---

<sup>34</sup> MATILLON Y., août 2003, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Rapport de mission, 91 p.

<sup>35</sup> LE BOTERF G., février 2010, « Développer les compétences dans les hôpitaux et les centres de soins », *Gestions hospitalières*, n° 493, p.87.

<sup>36</sup> SOREL M., WITTORSKI R., 2005, *La professionnalisation en actes et en questions*, éd. Action et Savoir. Paris : L'Harmattan, p.196.

*professionnels de corps de métiers semblables ou différents qui coopèrent au sein d'équipes pour un même projet ».*

Aussi, l'hôpital « institution » via le management par projet et des compétences peut se révéler être une organisation favorisant la synergie et le développement des compétences individuelles et/ou collectives.

Mais alors quel est l'importance du management ?

C'est ce que je me propose d'éclaircir dans le paragraphe suivant.

## **1.3 Le management dans le cadre de la polyvalence des IDE**

### **1.3.1 Qu'est ce que le management ?**

*« Le management, action ou art ou manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler, il s'applique à tous les domaines d'activités d'une entreprise. Le mot management a probablement la même racine latine que : ménagement, mot français du XVIème siècle, dérivé de : ménager et qui signifie : disposer, régler avec soin et adresse ».<sup>37</sup>*

S. Alecian et D. Foucher suggèrent la définition suivante : *« le management est le métier qui consiste à conduire dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance ».<sup>38</sup>*

### **1.3.2 L'évolution du management**

Il faut déjà partir du constat qu'en un demi-siècle, le management a beaucoup changé. Cette analyse est à rapprocher d'une société elle aussi en mouvance. Le management autoritaire et très centralisé qu'était le Taylorisme a laissé davantage place à un travail de réflexion d'équipe et de collaboration.

Aussi, c'est Chester Barnard, Simon et Merton<sup>39</sup>, à la fin des années 30, qui présentent une autre vision de l'organisation et du management. En effet, émerge alors un management qui pour l'efficacité de l'entreprise prend en compte les besoins des

---

<sup>37</sup> Dictionnaire, Le petit Robert, 1976.

<sup>38</sup> ALECIAN S., FOUCHER D., 2002, *Le management dans le service public*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Ed. d'Organisation, p.10.

<sup>39</sup> THIETART R.A., 2003, *Le management*, éd. Puf ? Que sais-je ? Paris, p.13.

individus autres que matériels. Ceci dans un souci d'intégration des objectifs des hommes au travail et des objectifs des établissements de santé.

Le management se voit s'enrichir de dimensions nouvelles : concevoir, organiser, commander ne suffit plus, il faut également soutenir la motivation des personnels par l'attention qu'on leur témoigne.

Le mouvement des « relations humaines » avec E. Mayo et Mc Gregor vers la fin des années 40 renforcera l'importance de la dimension humaine, qui conduit à des modes de management orientés vers l'individu.

Puis, dans les années 60, Crozier et Friedberg mettent en exergue le fait que chaque individu est « acteur » dans l'organisation, acteur autonome puisqu'il conserve toujours une marge de liberté.

Par conséquent, l'on peut penser que l'exercice des fonctions de dirigeants et d'encadrement à l'hôpital suppose la capacité à développer un management stratégique basé sur une évaluation des intérêts et des besoins des parties engagées mais aussi sur la capacité à identifier les axes de développement nécessaires à la structure : la polyvalence des personnels infirmiers et en lien le développement des compétences en font partie. Ainsi, plusieurs « facettes » managériale du DS et du cadre de pôle se dégagent.

### **1.3.3 Le management par projets**

Le projet étant un : « *Pro-jet* »<sup>40</sup> pour J.-P. Boutinet, c'est l'anticipation avant l'action (la réalisation).

Le management par projet s'utilise afin de mobiliser des hommes sur un même objectif et pour une durée déterminée. Les spécificités en sont : un objectif précis, un début et une fin marqués par l'atteinte de l'objectif. On peut parler de micro-organisation non permanente, s'agissant d'un ensemble de personnes rassemblées temporairement pour réaliser l'ensemble des actions nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Le respect de plusieurs phases est nécessaire à la réussite de ce type de management :

- une phase de diagnostic avec une analyse de la situation et une identification des forces et des faiblesses,
- une définition précise des objectifs stratégiques et opérationnels,

---

<sup>40</sup> BOUTINET J.P., « *Le projet* », conférence à l'institut de formation des cadres de santé, mars 1997, Strasbourg.



- l'élaboration d'un plan d'action qui définit les actions à mettre en œuvre ainsi que les modalités, les ressources humaines, les moyens...,
- la planification des actions,
- l'évaluation des résultats des actions engagées et le réajustement éventuel.

Un pilotage du projet permettant son articulation entre les niveaux stratégiques et opérationnels est nécessaire. De même, la coordination entre les différents acteurs : directions, comité de pilotage, groupe de travail et les personnels est primordiale.

### 1.3.4 Le management des compétences

Est qualifié de stratégique si :

- « *il est affiché comme un enjeu dans le projet d'établissement,*
- *il est connu et perçu par l'ensemble des acteurs,*
- *il détermine un ensemble d'actions cohérentes pour atteindre un objectif principal d'un établissement de santé qui est d'offrir à tous et en tout lieu l'accès à des soins de qualité,*
- *il participe à l'élaboration de la politique générale ».*<sup>41</sup>

Cette politique sous-entend, une organisation du travail dans laquelle les professionnels infirmiers peuvent mettre leurs compétences au service des grandes orientations de la structure hospitalière et d'une prise en charge de qualité du patient.

Par ailleurs, elle consiste à mettre en place un processus permettant à l'hôpital de définir les qualifications nécessaires à l'établissement d'aujourd'hui à demain. De plus, elle doit permettre de mettre en place les outils à même d'assurer l'employabilité<sup>42</sup> et le développement des compétences et l'épanouissement des personnels.

## 1.4 Reconnaissance et identification

Une part de l'épanouissement des personnels passe par sa reconnaissance et son sentiment d'appartenance :

<sup>41</sup> CADIN L., GUERIN F., 2003, *La gestion des ressources humaines*, éd. Dunod, p.59.

<sup>42</sup> **L'employabilité** est : « l'aptitude de chacun à trouver et conserver un emploi, à progresser au travail et à s'adapter au changement tout au long de la vie professionnelle ». <http://fr.wikipedia.org/wiki/Employabilit%C3%A9>

### 1.4.1 La reconnaissance

« L'encyclopédie Universalis (1985), définit la reconnaissance en deux points :  
[...sentiment de gratitude envers quelqu'un, fait de se reconnaître pour des personnes, ou l'action de reconnaître quelqu'un ou quelque chose. C'est le fait de légitimer une personne pour « ce qu'elle fait », nous sommes ici dans l'action, mais c'est aussi la reconnaître pour « ce qu'elle est », là, nous nous trouvons dans le registre des valeurs personnelles. (...) Le désir de coopérer dépend d'un désir premier, celui de la reconnaissance. La coopération ne peut exister sans la reconnaissance. (...) En contrepartie de sa contribution, le sujet attend une rétribution certes matérielle mais surtout morale : la reconnaissance de la réalité de ce qu'ils font et de la gratitude » (C. Dejours, 2000). Ainsi, travailler en collaboration passe par la connaissance et la reconnaissance du travail de l'autre, cette démarche permet de mettre en commun des valeurs partagées].<sup>43</sup>

### 1.4.2 Le sentiment d'appartenance

Selon R. Mucchielli, l'appartenance c'est : « sentir le groupe dans lequel on se trouve et se sentir soi-même de ce groupe, cela englobe un ensemble d'attitudes individuelles et de sentiments, désignés par le mot « appartenance ». L'appartenance n'est pas le fait de se trouver avec ou dans ce groupe puisqu'on peut s'y trouver sans le vouloir, elle implique une identification personnelle au groupe, des attaches affectives, l'adoption de ses valeurs...le sentiment de solidarité avec ceux qui en font partie...». <sup>44</sup>

Aussi, l'on peut penser que le professionnel IDE cherche à créer des liens avec ses pairs, à s'actualiser et à se comparer au contact des autres. Ainsi, il puise au sein du groupe, s'il s'y reconnaît, les ressources nécessaires à sa créativité, à la construction de sa ligne de conduite professionnelle.

---

<sup>43</sup> BARRUOL A.M., 2011, *Le cadre formateur dans l'alternance : une dynamique identitaire en question*, mémoire de Master Professionnel Education et Formation, Université de Provence, Département des sciences de l'éducation, p.51.

<sup>44</sup> Sentiment d'appartenance, [http://www.uquebec.ca/edusante/imp\\_sentiment\\_appartenance.htm](http://www.uquebec.ca/edusante/imp_sentiment_appartenance.htm)

## **1.5 Synthèse de l'approche théorique**

Il existe plusieurs formes de polyvalence des personnels infirmiers. Elle apparaît comme étant source de qualifications, de perfectionnement pour ces professionnels sous certaines conditions. Les dirigeants et l'encadrement soignant au sein des établissements de santé sont des acteurs incontournables, leur action dans l'élaboration du dispositif de polyvalence est essentielle, elle conditionne le développement des compétences chez les infirmiers.

Ces concepts théoriques permettent de prendre de la distance par rapport au sujet traité. Ils servent de base de travail pour l'élaboration des entretiens semi-directifs et de comparaison au moment de leur analyse.

Ainsi, il est donc nécessaire d'essayer de répondre à la question émise en préambule.

## 2 CE QUE NOUS APPORTE LE TERRAIN

« *La pensée ne commence qu'avec le doute* ».

Roger MARTIN DU GARD. Correspondance avec A.GIDE (Gallimard) Dictionnaire des citations françaises – Larousse, 2007

### 2.1 Méthodologie de l'enquête

En grec ancien le terme méthodologie provient de « *methodos* » qui signifie la poursuite ou la recherche d'une voie. Le mot étant formé à partir de « *metà* » : après, qui suit et de « *hodos* » : chemin, voie ; logie provenant de « *logos* » signifiant l'étude. De manière générale il s'agit de la manière de conduire sa pensée, de penser, de dire ou de faire quelque chose suivant certains principes et avec un certain ordre.

#### 2.1.1 Lieu de l'enquête

J'ai choisi d'effectuer mon enquête dans l'Est de la France au sein de deux établissements publics de santé.

Un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) bi-site de 1300 lits, à forte activité médico-chirurgicale et obstétricale (MCO).

Un centre hospitalier bi-site de 750 lits lui aussi à forte activité MCO.

Les deux structures sont organisées en pôles d'activité, seul le CHU a constitué des pools de pôles.

Aucun d'eux n'a formalisé institutionnellement et/ou au sein du pôle un dispositif de polyvalence des IDE.

#### 2.1.2 Choix de la population

Le choix de la population est orienté sur trois types de personnes :

- les directeurs des soins (DS),
- les cadres de pôles (CP),
- les infirmier(e)s (IDE).

Cette option me semble permettre d'étudier le dispositif de polyvalence dans les deux établissements au niveau politique/stratégique, institutionnel et opérationnel.

Ainsi, l'enquête a permis d'interroger douze personnes : quatre DS, trois CP, cinq IDE (Cf. tableau en annexe 3).

Les DS interrogés ont une expérience dans la fonction d'au moins trois ans.

Un des quatre DS a effectué son parcours professionnel dans un seul établissement.

Les CP ont eux aussi des parcours professionnels variés et externes à l'établissement en question.

Concernant les IDE, trois sur les cinq sont affectés à des pools de remplacements.

### **2.1.3 Choix de l'outil**

Mon choix s'est orienté vers l'entretien.

Celui-ci « *se caractérise par un espace temps délimité de rencontre avec l'autre, d'expression de l'autre et d'écoute de ce que l'autre veut bien nous livrer de lui-même* »<sup>45</sup>. L'entretien est semi-directif. Des questions de relance ont été préparées afin de ranimer le débat, le cas échéant.

Par ailleurs, un guide d'entretien est construit. Quatre thèmes sont envisagés dans la construction de l'entretien : après un item général, un thème questionne la représentation de la polyvalence par les acteurs interviewés, un second les avantages de la polyvalence, le troisième les limites et freins.

Enfin, le dernier interroge la place du DS et de l'encadrement dans le cadre de la polyvalence des IDE. Un espace pour des remarques particulières et/ou complémentaires est proposé aux personnes interrogées.

Des sous-thèmes émergent afin de tenter de « valider » ou non les hypothèses avec le plus de pertinence possible (cf. guides d'entretiens en annexes 1 et 2).

### **2.1.4 Conditions de recueil des données**

Les entretiens se sont déroulés lors de rendez-vous programmés sur le lieu de travail des personnes. La durée des interviews a été comprise entre dix-sept minutes et une heure trente-cinq minutes. Les professionnels interrogés ont acceptés que les propos soient enregistrés. J'ai retranscrit de manière anonyme et exhaustive les entretiens, les noms

---

<sup>45</sup> EYMARD C., THUILIER O., VIAL M., 2004, *Le travail de fin d'études*, Rueil-Malmaison : Lamarre, p.123.

ayant été codifiés pour ce travail. Enfin, une grille d'analyse a été élaborée pour chaque entretien et thème.

### **2.1.5 Limites et fiabilité**

La limite principale que je retiendrai est celle du temps restreint pour ce travail d'enquête et celui du manque de matériel qui aurait permis l'analyse informatisée de questionnaires. En effet, j'aurais souhaité associer à l'enquête par entretiens, une enquête par questionnaires auprès des IDE.

Il eût été intéressant d'affiner le positionnement de cette catégorie professionnelle sur le sujet de la polyvalence et de sa plus-value éventuelle. Ainsi, un regard sur l'avis de cette population selon l'âge, le parcours professionnel, le lieu d'exercice...aurait probablement permis plus de pertinence dans l'analyse.

Aussi, cette étude étant avant tout qualitative ne permet pas de généraliser les résultats recueillis. Toutefois, les points de vue sont souvent complémentaires et enrichissent ma réflexion. De plus, certaines réponses que je qualifie « d'inattendues » dans l'analyse permettent d'envisager des ouvertures pour un autre travail sur le sujet.

## **2.2 A la rencontre du terrain**

Pour faciliter l'interprétation des résultats, j'ai organisé l'analyse des entretiens par thèmes, en cherchant à préciser les points de vue des différents acteurs.

### **2.2.1 La représentation des acteurs de la polyvalence**

Pour tous, l'IDE qui sort de l'institut de formation en soins infirmiers est polyvalente mais avec une approche généraliste de la fonction.

Les différentes catégories professionnelles interrogées sont unanimes à définir la polyvalence comme étant « *la capacité pour un infirmier d'exercer dans l'ensemble des secteurs d'activités que recouvre la profession* » (DS 1). Ainsi, l'on rejoint les termes de la définition proposée dans le cadre théorique page 8.

De plus, pour chacun des acteurs, l'idée de mouvement, de mobilité apparaît : « *travailler dans plusieurs endroits* » (DS 2), « *passer d'un service à l'autre* » (IDE4) et correspond au profil de « nomade » décrit par C. Everaere.

Néanmoins, cette polyvalence est précisée et il s'agit pour l'IDE de pouvoir s'adapter. Le CP3 dit que : « être polyvalent c'est de pouvoir s'adapter aux différentes activités » mais aussi « à l'environnement, aux organisations, aux collègues, aux patients » (IDE1).

Par ailleurs, les IDE font émerger la notion de temps : « on est jamais totalement polyvalent, cela se travaille tout au long de sa carrière » (IDE2 et 3).

Seuls les IDE et les CP expriment le fait que la polyvalence permet d'être compétent, « d'apprendre de nouvelles choses » (IDE2).

### **Les inattendues**

Les DS quant à eux marquent une différence entre polyvalence et polycompétence. Pour eux la polyvalence « est une forme d'exercice généraliste » (DS1) et la polycompétence revient à « permettre à la personne de développer des savoir-faire en situation » (DS3).

Pour le DS3 ce terme à une « connotation péjorative vis-à-vis du personnel, de l'encadrement et des représentants du personnel » ; enfin, pour lui « une personne polyvalente est une personne non qualifiée ». La polyvalence ici présentée aurait-elle uniquement pour représentation celle de l'agent « bouche-trou » dont je fais mention dans l'introduction et page 9.

Par ailleurs, parler de non-qualification, interroge sur la définition de la personne qualifiée. En effet, le Larousse<sup>46</sup> la définit comme ayant « les qualités, la compétence nécessaire pour faire quelque chose, avoir les connaissances et les capacités requises pour l'exercice de son métier ».

### **En résumé**

Le terme de polyvalence pose un problème de sémantique. Certains DS opposent polyvalence et polycompétence.

Au regard des entretiens, les définitions de la polyvalence par les acteurs permet de dégager un socle commun, en ce sens où l'exercice du métier s'effectue à différents endroits, concerne plusieurs activités et types de patients, il nécessite des capacités d'adaptation, de remise en question. Il facilite le développement des compétences qui s'acquièrent dans le temps.

---

<sup>46</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaire/français>

## 2.2.2 Un dispositif qui permet une prise en charge holistique du patient...

Pour l'IDE10 l'intérêt est « *de pouvoir prendre en charge le patient en dehors de la pathologie pour laquelle il est venu, on voit des choses concernant le patient que les habituées du service ne voient pas d'emblée, elles seront plus fines sur les pathologies propres au service mais pas sur les pathologies associées* ».

Ces propos rejoignent ceux de G. Devret qui pense que la polyvalence (dans certaines conditions) permet une prise en charge holistique des patients.

Aussi, un modèle émerge des entretiens. Les personnes interrogées mettent en avant le caractère pertinent, pour une prise en charge de qualité des patients, d'une polyvalence de l'IDE sur une filière de soins : « *on souhaite défendre le développement des compétences de l'IDE sur un parcours de soins, on dépasse la notion de secteur géographique qui est le service de soins ou l'unité fonctionnelle...de plus aujourd'hui on a une chance supplémentaire de pouvoir avoir cette réflexion du fait de la configuration des pôles qui le sont souvent sur des logiques de prise en charge...* » (DS3), on retrouve alors l'idée de polyvalence sectorielle (p.12 et 13) citée par G. Devret.

## 2.2.3 Mais dans certaines conditions ...

Toutefois, les entretiens ont permis de relever les conditions dans lesquelles cette polyvalence des IDE devait s'inscrire au quotidien, ainsi elle doit être :

### A) Circonscrire

Les DS et les IDE pensent qu'il « *faut rester réaliste, c'est-à-dire que la polyvalence doit se faire sur deux ou trois activités pas plus, il faut monter un dispositif qui soit réalisable, permettant aux professionnels de s'adapter et de développer des compétences, d'être efficaces* » (DS3). G. Devret partage cet avis (p.12); elle suggère de limiter la polyvalence à deux ou trois domaines d'activités afin de trouver le bon rapport entre compétence et qualité de prestation à fournir au patient.

En ce sens, différentes propositions sont avancées lors des entretiens. Les IDE pourraient être affectées par exemple « *à 80% au service de traumatologie et à 20% sur les consultations de chirurgie traumatologique et orthopédique* » (IDE9). Elle est donc polyvalente à l'intérieur d'une même spécialité. Par ailleurs, ce fonctionnement permettrait



« aux anciennes IDE qui sont résistantes au changement de faire autre chose, de s'ouvrir à un autre domaine, de souffler sans risquer de changer de pathologie et de se retrouver en difficultés » (DS1).

Toujours dans le même ordre d'idée, on peut imaginer « une polyvalence par organe entre l'urologie et la néphrologie, la chirurgie et médecine cardiaque... » (CP1).

### **Les inattendues**

Une seule personne interrogée (CP3) exprime l'idée que les IDE peuvent être polyvalents sur tous les domaines d'activités. Il part du phénomène empirique de Pareto<sup>47</sup> et « pense que 80% de l'activité de l'IDE peut être faite par toutes les IDE, seuls 20% reste de l'ordre de la particularité, de la spécialité ou de l'expertise ».

Ce discours ne semble valable que si l'on ne tient compte que d'une partie des problématiques liées à la polyvalence. Néanmoins, la compétence nécessaire à l'IDE ne se limite pas aux savoirs et comme le dit le Pr Matillon dans son rapport (p. 16) « à l'obtention d'un diplôme ». Il s'agit pourtant de tenir compte d'autres paramètres dont fait état N. Alter quand il dit page 15 que « la compétence est en lien avec la capacité d'un individu à gérer l'incertitude au travail et donc à s'adapter à la réalité quotidienne du travail et des tâches qu'il doit réaliser ». L'environnement du professionnel aura donc un impact certain sur sa capacité à remplir sa fonction.

#### B) Planifiée

Néanmoins, « je fais les affectations des IDE de remplacement avec deux ou trois mois d'anticipation et pour des périodes n'étant pas inférieures à un mois » (CP2). Au CHU comme au CH les arrêts courts (quelques jours) sont gérés par le service, cela permet de préparer l'intégration de l'agent.

En effet, certaines IDE interviewées ont dit se préparer au changement en « révisant et bouquinant » à la maison sur la (les) pathologie(s) représentées au sein du service où elles vont arriver, « on se donne les moyens d'acquérir ce qui nous manque, c'est une question de maturité personnelle » (IDE9).

De plus, un temps d'affectation supérieur ou égal à un mois doit faciliter l'acquisition de connaissances et compétences spécifiques au service.

---

<sup>47</sup> Loi de Pareto ou Loi des 20/80, décrite par Vilfredo Pareto, sociologue et économiste italien. « C'est le nom donné à un phénomène empirique constaté dans certains domaines. Environ 80% des effets sont le produit de 20% des causes ». [http://fr.m.wikipedia.org/principe de Pareto](http://fr.m.wikipedia.org/principe_de_Pareto).

C) Organisée (selon G. Devret p.12-13)

Dans ce champ apparaît la nécessité de réfléchir aux organisations de travail. Pour le CP2 « *on fait une harmonisation des pratiques, des rangements, des fiches de tâches qui doivent servir de trame, de guide sur l'organisation du service à l'agent polyvalent* ».

Cette démarche doit permettre au professionnel en question de mieux s'intégrer au service, de trouver plus facilement ses repères, d'être opérationnel plus rapidement et donc en sécurité.

Par ailleurs, aujourd'hui plusieurs établissements de santé engagés dans des constructions immobilières ont fait le choix de standardiser les unités de soins sur le plan architectural et du mobilier afin de pouvoir par la suite faciliter la polyvalence des personnels soignants.

De plus, les IDE expriment leur satisfaction à « *être doublés, encadrés, à bénéficier de formations sur les pathologies représentées dans le service par les médecins de l'unité* » (IDE1). Une réactualisation des connaissances au plus proche des besoins de l'agent ou de la majorité des personnels du service est proposée.

D) Managée (selon G. Devret p.12-13)

Il est question de la déclinaison au sein des pôles et des équipes de la volonté institutionnelle de déploiement du dispositif de polyvalence. Ce volet sera précisé plus loin dans le paragraphe concernant le rôle des dirigeants et de l'encadrement sur le sujet.

Toutefois, le CP3 pense « *qu'il ne s'agit pas de mettre l'IDE qui accepte d'être polyvalente en difficulté et cela se travaille au niveau du pôle et des services. Il faut anticiper et prévoir un doublage des personnels afin qu'ils aient la possibilité d'apprendre à connaître le service et son organisation, le type de patient, les locaux* ».

En outre, il est demandé à l'encadrement d'évaluer, de gérer les besoins en compétences de son service et de veiller à son bon équilibre. En effet, les IDE majoritairement, disent par exemple : « *les anciennes sont notre bible et il sera inconcevable qu'il n'y en ait pas lorsqu'on arrive dans un nouveau service. Il faut une proportion d'anciennes dans chaque équipe. Il faut des piliers* » ou encore « *il faut doser dans un service les personnes à tendance polyvalentes et fixes* ».

De plus, il « *faut un noyau d'expertes dans chaque service, la mémoire d'un service même sur deux ou trois agents c'est essentiel...* ».

Ce regard sur la composition des équipes souhaitée, autant par les jeunes IDE que par les plus anciennes fait appel au modèle de Dreyfus et Dreyfus décrit par P. Benner (p.16). L'infirmier compétent l'est au bout de deux à trois ans, il commence à savoir faire face aux situations imprévues, il progressera jusqu'à devenir expert avec les capacités d'adaptation qui le caractérise.

Ainsi, l'IDE polyvalente exprime le besoin de collaborer avec cette catégorie d'IDE car comme l'évoque G. Le Boterf (p.17): on ne peut plus être compétent tout seul dans les situations de plus en plus complexes de prise en charge des patients. La mise en commun des ressources s'impose, cette démarche permet d'identifier le concept de compétence collective et les IDE interrogées l'expriment clairement.

#### E) Humaine et reconnue

Il apparaît selon les personnes interviewées que la polyvalence doit être basée sur le volontariat (IDE4, 5), « *il ne faut pas forcer les gens à bouger* » (IDE3).

Les CP s'expriment sur l'approche humaine et la manière dont il l'a conçoit : « *je leur ai demandé ce qu'elles aiment faire* », « *il faut que le contrat soit donné d'avance, dès le recrutement, que l'on dise aux gens qu'ils seront amenés à travailler sur plusieurs services* ».

Enfin, la reconnaissance (dont parle A.M. Barruol, page 20) des agents pour leur volonté de polyvalence est aussi pour certains CP insuffisamment exprimée : « *on ne valorise pas les agents d'avoir cette ouverture d'esprit. Est-ce qu'à un moment il ne faudrait pas gratifier cela ?* ».

#### **En résumé**

Une polyvalence préférentiellement sectorielle des IDE facilite une prise en charge holistique des patients. Cette polyvalence doit être circonscrite dans le temps et sur le plan géographique. Une organisation de l'intégration des agents inclus dans ce dispositif doit être formalisée et anticipée. Le management des compétences nécessaires à l'équilibre d'une équipe de soins est du ressort de l'encadrement de proximité. L'approche humaine par la reconnaissance de la spécificité de ces professionnels est à privilégier.

## 2.2.4 Les avantages perçus de la polyvalence des IDE

### A) Concernant la prise en charge du patient

L'IDE1 a appris à distinguer plus rapidement ce qui est important pour le malade, mais aussi à prioriser ses actions.

Un CP avance un avantage qui pour lui est majeur, à savoir, celui de répondre à la nécessité de continuité des soins en toute sécurité à partir du moment où les personnels polyvalents sont « *des habitués du service* ».

### B) Le regard de l'IDE polyvalente

Un premier item qui rejoint celui de la prise en charge du patient réside dans le fait que cette position, pour l'agent, lui permet d'avoir une vision plus large des pathologies et de la gestion des soins, mais aussi un regard plus transversal de la structure hospitalière et de ses modes d'organisations (DS2).

Les trois catégories professionnelles sont unanimes à dire que la polyvalence profite à l'agent lui-même mais aussi à l'équipe au sein de laquelle il exerce. Le DS2 en donne l'exemple suivant : « *l'IDE qui est issue de psychiatrie et arrive en chirurgie apportera sa connaissance de l'approche relationnelle et sera ainsi complémentaire aux activités techniques de ce type de secteur* ». L'on retrouve ici la notion de compétences collectives, de dynamisme d'équipe...L'IDE3 image cette idée de la manière suivante : « *j'ai fait de la dermatologie, alors quand il y a une plaie à traiter, elles viennent me chercher au regard de mes connaissances et de mon expérience* ».

Les IDE parlent aussi de la possibilité en changeant de service de « *casser le rythme* », « *on change de médecins, de types de soins, d'organisations* ». Ils expliquent que ça les redynamise, évite la routine et la fatigue.

D'autres avantages ont été cités par les IDE, comme : l'acquisition d'une autonomie professionnelle, d'une maîtrise de soi, d'une meilleure adaptation et compréhension des situations particulières...

La facilité à prendre du recul par rapport à des conflits d'équipe est évoquée en ce sens où leur présence transitoire leur permet de s'extraire de ces problématiques.

Enfin, la possibilité qui leur est souvent offerte d'être prioritaires pour leurs demandes de congés est un avantage apprécié.

### C) Le regard de l'encadrement

Les DS se sont très peu exprimés sur les avantages de la polyvalence, pour eux et l'institution. Ils se projettent plutôt, dans le cas de la formalisation d'une politique de polyvalence des IDE, dans la possibilité d'avoir une bonne connaissance des compétences dans son établissement ou pour un secteur donné qu'elles soient individuelles ou collectives. Le DS3 précise que cette « cartographie » est essentielle dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre et donc de diminution d'effectifs en ce sens où elle facilite les choix du DS en matière de compétences manquantes ou à venir. Il en va de même pour l'évaluation des besoins en formation.

#### **En résumé**

La polyvalence des IDE à l'avantage de faciliter l'obligation de réponse à la continuité des soins. La prise en charge des patients par ces personnels semble plus transversale.

Pour l'agent, la polyvalence facilite son autonomie dans le travail, lui offre une vision plus large de son environnement professionnel.

Mais les avantages dépassent le champ de l'individuel pour impacter l'équipe de soins en faisant émerger « *une mise en synergie des compétences individuelles* » (p.17) au service du collectif et du patient.

Concernant la direction et l'encadrement, le management des compétences, a priori nécessaire pour une bonne gestion et mise en œuvre de la polyvalence, leur permet d'avoir une vision plus fine des besoins en compétences et de veiller à l'équilibre des ressources au sein des équipes soignantes.

### **2.2.5 Avec très peu de freins et de limites**

Toutes les personnes interrogées ne parleront quasiment pas des inconvénients de la polyvalence mais plutôt des freins possibles, à savoir :

#### A) Un sentiment d'insécurité et de peur du changement

Le CP1 en parlera en ce sens : « *je pense que pour certaines, elles ont le sentiment d'être mises en insécurité, d'aller vers l'inconnu* ». Pour l'IDE2 c'est « *cette crainte de devoir travailler dans un autre service et de ne pas savoir faire,... une tendance à*

*s'éparpiller, à être moins pointu* ». L'IDE3 dira même avoir le sentiment par moment d'être « nul ».

Les professionnels avancent l'intérêt d'anticiper les changements de service, de prévoir des périodes de doublage d'au minimum huit jours, tout en étant conscients des contraintes financières des établissements de santé qui empêchent bien souvent la mise en place de ces périodes d'intégration.

Cette problématique interpelle et fait rebondir sur les propos de N. Alter et de F. Dupuich-Rabasse (p.17) quand ils préconisent que les professionnels de corps de métiers semblables coopèrent au sein d'une structure, mais aussi anticipent les changements.

Cette anticipation facilite l'adaptation des IDE polyvalentes dans les unités de soins et tente de réduire le sentiment d'insécurité.

#### B) Un regard médical et syndical sur la polyvalence

Les DS lors de l'affectation des agents dans les secteurs d'activités sont fréquemment confrontés aux réticences médicales par rapport aux agents polyvalents : *« le corps médical est un frein à la polyvalence. Il ne part pas du principe que les agents peuvent acquérir des compétences, il recherche d'emblée quelqu'un qui a déjà des connaissances dans la spécialité. Par exemple en diabétologie, il n'accepte pas un agent parce qu'il n'a pas d'expérience dans le domaine »* (DS1).

Les organisations syndicales émettent des réserves à la mise en œuvre de la polyvalence car elle est perçue, prioritairement, comme la réponse à l'absentéisme (CP1).

#### Les inattendues

Une limite exprimée, qu'il m'a semblé intéressante de mentionner est celle du DS2 :

*« le risque est d'avoir des personnels moyens en tout et vraiment bons en rien »*, ce même DS dira qu'il n'est pas souhaitable d'avoir des professionnels spécialisés dans un établissement de santé.

Ce paradoxe interroge les niveaux de compétences souhaités selon les activités et les équipes. Il fait émerger comme le disait G. Devret (p.12) la nécessité d'une politique institutionnelle déclinée en un modèle conceptuel partagé.

### **En résumé**

Quelques freins à la polyvalence des IDE sont à relever.

Un sentiment d'insécurité et de résistance au changement, qui au regard des acteurs pourraient être levés par des périodes de « doublages » des personnels nouvellement accueillis. Néanmoins, ces périodes, même formalisées, sont souvent réduites voire inexistantes pour des raisons de contraintes financières.

Enfin, le corps médical est plus favorable à travailler avec des personnels compétents voire experts dans leur spécialité.

## **2.2.6 Et quelle place attribuée aux DS ?**

### A) Du point de vue des IDE

Le rôle de la direction et des DS dans le cadre de la polyvalence est très peu perçue par les IDE. Même s'ils parlent de « *politique institutionnelle* », ils la situent plus particulièrement au niveau du pôle et donc du CP. Toutefois, les IDE souhaitent pouvoir bénéficier d'un dispositif d'intégration particulier quand ils acceptent d'être polyvalents, à savoir : pouvoir être « doublés », participer à des réunions d'échange entre IDE polyvalents en présence d'un membre de l'encadrement afin d'exprimer leurs difficultés et leurs interrogations, mais aussi pour répondre à un besoin d'appartenance. Emerge ici le besoin d'appartenir à un groupe.

En effet, un des avantages de la polyvalence est de ne pas faire partie d'une équipe de soins. Certaines IDE en sont contentes car cela leur permet de ne pas s'impliquer dans les problématiques de groupe. Néanmoins, elles expriment le besoin de partager, d'échanger pour comparer ou trouver des solutions au sein d'un autre groupe : celui des IDE polyvalentes. On retrouve alors ce besoin d'appartenance dont parle R. Mucchielli p.21.

## B) Du point de vue des CP

« *La direction des soins pour moi c'est le chef d'orchestre qui doit permettre de travailler l'harmonisation des pratiques, de gérer la polyvalence et l'acquisition des compétences sur les pôles* » (CP2).

Les CP, souhaitent que les lignes directrices soient formalisées au niveau de la direction des soins en collaboration avec la direction des ressources humaines (DRH). Les pôles ayant la charge de la mise en œuvre de cette politique institutionnelle.

Ainsi, lors d'un entretien de recrutement par exemple ils pourraient dire au candidat : « *vous êtes affecté à tel et tel service, vous pouvez donc être amené à travailler dans les deux secteurs d'activités et il ne faut pas vous en étonner... Je pense qu'il faut l'annoncer* » (CP3). Le CP2 exprime bien le besoin d'un modèle conceptuel officiel (p.12). Cette réalisation aurait un effet structurant pour les acteurs. Les CP déclinerait ce modèle au sein des pôles après y avoir rajouté les spécificités de celui-ci.

## C) Du point de vue des DS eux-mêmes

De manière générale, les DS pensent que c'est aux directions des soins en collaboration avec les DRH de veiller à institutionnaliser une politique de polyvalence des IDE dans les établissements. Ceci afin de « *définir un vocable et un socle commun partagé* » (DS3).

Toujours sur la base du socle commun, charge aux pôles de décliner leurs spécificités et d'effectuer les réajustements nécessaires (DS1 et 3).

Les DS estiment avoir un rôle d'interface et de coordination entre les pôles pour la mise en œuvre de cette politique.

Par ailleurs, cette démarche de formalisation doit permettre « *de construire, d'argumenter et d'organiser le dispositif de polyvalence sur la structure* » (DS3). Mais elle doit aussi offrir des possibilités, comme celle de donner aux agents qui le souhaitent l'opportunité d'exercer dans différents services (DS1). De même, elle doit faciliter et aboutir à la mise en place d'un dispositif d'évaluation des compétences acquises et nécessaires à une activité.

Enfin, pour les DS, la polyvalence des IDE doit s'inscrire au sein d'une culture institutionnelle par le biais du projet de soins (DS4), et par un travail avec le corps médical afin de limiter leurs réticences.



## Les inattendues

Pour le DS3, il faut « *avoir une vision institutionnelle de la gestion des compétences mais aussi territoriale car demain on sera tous dans des fusions, des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), des Groupements de coopération Sanitaire (GCS) et on ne peut pas s'affranchir d'avoir cette approche compétence. C'est un vrai questionnement pour l'avenir, comment partage-t-on les compétences entre établissements à l'avenir ?* ».

Ce positionnement est positivement surprenant à l'heure où ce type de réflexion en est à ses débuts dans certains établissements et se limite souvent aux pôles de manière non formalisée. Il apparaît que les DS exerçant dans des structures déjà inscrites dans des coopérations mesurent pleinement les enjeux d'une gestion des personnels par les compétences. En effet, comment envisager des mobilités et une polyvalence des personnels sans la définition d'un modèle commun formalisé entre les deux établissements ?

### Résumé

Pour les IDE, le rôle principal de la direction et de l'encadrement est de leur garantir l'appartenance à un groupe et de pouvoir faire partie intégrante d'un dispositif structuré de polyvalence.

Les CP souhaitent pouvoir se référer à un modèle conceptuel formalisé et pourtant personnalisé par l'institution afin de le décliner sur les pôles.

Enfin, les DS, s'ils valident l'idée du « modèle » à établir, se positionnent aussi comme « agent de liaison » (au sens de Mintzberg)<sup>48</sup>, facilitateur de la mise en œuvre de cette démarche.

De même, un DS s'inscrit dans une vision plus large et moins restrictive que celle des seules limites de l'établissement dont il fait partie, puisqu'il aborde l'éventuelle complexité de la polyvalence et du développement des compétences à l'échelle inter-établissements.

---

<sup>48</sup> MINTZBERG H., 1984, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, éd. Les Editions d'organisation.

## 2.2.7 Une confrontation aux hypothèses est nécessaire

Ainsi, je propose de reprendre les hypothèses formulées au début de ce travail et de les objecter aux résultats des entretiens :

A) La perception et la définition de la polyvalence n'est pas la même selon la place occupée dans l'organisation par les acteurs.

Une définition générale de « base » se dégage des entretiens effectués auprès des différents acteurs. La polyvalence induit mobilité géographique, nécessité d'adaptation du professionnel...Néanmoins, les DS pour moitié, considèrent qu'elle correspond à « *une forme d'exercice généraliste* » (p.26) effectué par du personnel non qualifié. Enfin, seuls les DS opposent la polyvalence et la polycompétence.

On peut dire concernant cette hypothèse qu'elle est vérifiée pour moitié en ce sens où tous les acteurs donnent une définition de base quasi identique de la polyvalence, c'est sa perception qui distingue les DS des deux autres catégories de professionnels.

B) La polyvalence permet le développement des compétences du personnel infirmier.

Toutes les personnes interrogées sont unanimes pour dire que la polyvalence facilite le développement des compétences chez le personnel infirmier.

Toutefois, cette plus-value n'est possible et réelle que sous certaines conditions.

Le dispositif de polyvalence doit être circonscrit, organisé et managé si l'on veut qu'il permette un enrichissement des professionnels concernés.

L'hypothèse est donc validée en y apportant ces éléments de précisions.

C) Le dispositif de polyvalence facilite la prise en charge holiste du patient.

Si la polyvalence est perçue par les personnes interviewées comme facilitant la prise en charge dite « globale » du patient, il s'agit là aussi de compléter l'hypothèse.

En effet, la polyvalence doit rester sectorielle et sur des périodes supérieures à un mois afin de faciliter la connaissance des patients, des pathologies et l'acquisition des compétences.

D) Tout en répondant à des critères économiques, la polyvalence concourt à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Les informations émanant des entretiens permettent de valider cette hypothèse.

Ainsi, une IDE « polyvalente » exerçant en chirurgie pourra, au regard d'un parcours professionnel varié, plus facilement prendre en charge un patient ayant des pathologies associées (cardiaques, diabète...).

Par ailleurs, considérant un management des compétences approprié au sein des pôles et des unités de soins, on peut penser que l'émergence de compétences collectives serve la qualité de la prise en charge.

E) La polyvalence, pour permettre le développement des compétences de l'IDE doit s'inscrire dans une démarche institutionnelle.

Ce positionnement n'apparaît pas clairement dans les réponses formulées par les acteurs interrogés. Les avis exprimés ne font que sous-entendre quelquefois cette affirmation. En effet, pour que la polyvalence des IDE ne soit pas seulement motivée par la gestion de l'absentéisme, il semble nécessaire de la structurer, de l'inscrire dans une culture institutionnelle au sein du projet d'établissement et de soins. Néanmoins, le DS3 en parle quand il aborde la nécessité d'une démarche institutionnelle dans le cadre de la polyvalence des professionnels entre les structures de santé.

Aussi, je dirais que cette hypothèse n'est que partiellement validée.

Ainsi, la quasi complète validation des hypothèses enrichies et complétées par des éléments de précisions et conceptuels issus d'autres lectures, m'amène à formuler des pistes de réflexion, voire des propositions et/ou préconisations sur le sujet.

Celles-ci vont être développées dans la partie suivante.

### 3 PISTES DE REFLEXION ET PRECONISATIONS

*« Il faut toujours connaître les limites du possible.*

*Pas pour s'arrêter, mais pour tenter l'impossible dans les meilleures conditions ».*

Romain GARY. Dictionnaire des citations françaises – Larousse, 2007

*« La polyvalence relève d'une politique managériale définie dans le projet d'établissement. L'étape politique définie, il s'agit de définir l'étape stratégique de la direction des soins en collaboration avec la DRH ».*<sup>49</sup> L'auteur précise que l'étape stratégique est complétée par une étape opérationnelle conduite par l'encadrement soignant.

*« La polyvalence relève donc d'une décision politique et d'une mise en œuvre stratégique et opérationnelle ».*<sup>50</sup>

#### 3.1 Contribution du DS au niveau de la politique d'établissement

C'est pourquoi, s'appuyant sur des relations étroites au sein de l'équipe de direction et du corps médical, le DS doit chercher à inscrire la polyvalence des personnels infirmiers (entre autre) au plan politique et stratégique de l'établissement.

##### 3.1.1 Dans le cadre du projet d'établissement et de l'équipe de direction

Ainsi, il le fera dans le cadre du projet d'établissement en y intégrant le projet de soins (partie que je développerai plus loin).

De plus, dès ce niveau, et au-delà d'un contexte réglementaire, volonté et impulsion seront données par le DS par sa valeur ajoutée propre, sa participation et son positionnement au directoire et au sein de l'équipe de direction. Le DS proposera des orientations sur le sujet, en précisera les enjeux pour la structure et les professionnels concernés.

---

<sup>49</sup> PRUNET-DEVRET G., 1999, *Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ?*, thèse pour le Doctorat Sciences et Gestion, Université Lumière Lyon 2, p. 115.

<sup>50</sup> Ibid.

En effet, étant soignant de par sa formation initiale, le DS a une place privilégiée d'interface entre les logiques soignantes, administratives et économiques. Il est particulièrement à même de faire comprendre, d'argumenter la mise en œuvre d'une politique de polyvalence au sein de la structure.

### **3.1.2 Dans le cadre des relations avec le corps médical**

« *Il participe avec le corps médical (...) à l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins* ». <sup>51</sup> Il est donc en situation de coordination avec le corps médical, les différents responsables médicaux et, de fait, avec l'interlocuteur privilégié du DS qu'est le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Les entretiens ont mis en exergue une certaine forme de réticence de la part de certains médecins concernant la polyvalence des IDE. Au regard de ce constat, il semble important que le DS développe un partenariat constructif et favorable avec le corps médical.

Ainsi, il travaillera avec eux sur des représentations communes de la prise en charge des patients, des principes de base concernant les modalités de polyvalence des IDE. Par ailleurs, il est pertinent d'envisager de profiter des ressources médicales pour actualiser les connaissances des professionnels IDE. Enfin, le DS aura un rôle primordial d'interface et/ou de « décodeur » afin de permettre aux médecins de mieux comprendre les raisons de la promotion de la polyvalence et de son incidence possible sur le développement des compétences des IDE.

### **3.1.3 Dans le cadre des relations avec les partenaires sociaux**

De manière générale, les partenaires sociaux, craignant qu'elle ne serve qu'à la gestion de l'absentéisme, n'ont pas pour habitude d'encourager la polyvalence.

Dans ce contexte, le DS pour mener à bien un projet de polyvalence des professionnels, devra tenir compte des inquiétudes des organisations syndicales.

Aussi, leur participation à certaines étapes de la construction du projet semble incontournable. Au lancement du projet, afin de les informer de la teneur de celui-ci : constat, objectifs, finalités. Puis, des points d'étapes sont à envisager, ils autorisent les échanges de part et d'autre, les réajustements en cas de mauvaise compréhension ou d'informations erronées.

---

<sup>51</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation- mars 2010, art. 4. III. 4.

Ces temps de rencontres permettent aussi au DS d'évaluer le niveau d'adhésion des partenaires sociaux au stade d'avancement du projet et de faire remonter les difficultés attendues si nécessaire. Cette approche, aussi chronophage puisse-t-elle sembler, conditionne à mon sens largement la réussite de ce type de démarche.

Le positionnement du DS : son action transversale au sein de l'équipe de direction, du corps médical et des syndicats permet un ancrage du projet et des valeurs qui l'entourent. Néanmoins, son intervention sera plus large et un travail de co-construction avec l'équipe d'encadrement et les professionnels IDE s'offrent à lui au niveau stratégique...

## **3.2 Contribution du DS au niveau stratégique**

Il s'agit pour le DS de s'engager dans la déclinaison d'une politique de polyvalence voulue par l'institution. Différentes orientations seront prises pour le faire, notamment celle du projet de soins conforté par le soutien de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT), les collaborations avec la DRH, l'encadrement (CP et cadres de proximité), les DS d'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et la validation du dispositif par le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

### **3.2.1 Dans le cadre du projet de soins**

Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière stipule que le DS élabore le projet de soins en cohérence avec le projet médical. De même, le référentiel métier de directeur des soins précise qu'il veille dans ce cadre à la continuité des soins.

Ainsi, la dimension stratégique du projet de soins en correspondance avec le projet médical intègre le volet de la polyvalence des IDE au sein de l'établissement de santé. Il est le reflet de l'adéquation entre les besoins de la structure et ceux des professionnels concernés. Il s'agit de faire émerger par un travail de réflexion entre les professionnels les objectifs, les priorités et les actions à conduire pour instituer une politique de polyvalence des IDE.

Aussi, il est nécessaire d'effectuer un « état des lieux » de la situation, y préciser les points forts et les limites afin d'appréhender le plus efficacement possible les solutions et les modalités à proposer.

Le DS pourra proposer de faire coïncider cette réflexion avec celles nécessaires dans le cadre de la démarche qualité et du processus de certification V2010 de la Haute Autorité en Santé (HAS). Un partenariat avec la direction de la qualité est alors à mettre en place. Cette démarche permettra de répondre, par exemple, en partie aux critères :

- **3. a** : management des emplois et des compétences,
- **3. b** : intégration des nouveaux agents,
- **3. d** : qualité de vie au travail.

De plus, le DS aura un rôle de pilotage du projet, de veille afin d'aboutir à une déclinaison fidèle de la politique retenue dans le cadre institutionnel. Enfin, il apportera son aide en termes de méthodologie de projet (cf. p.19).

### **3.2.2 Avec l'appui de la CSIRMT**

Le Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé, et présidé par le coordonnateur général des soins, prévoit qu'elle donne un avis sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins,
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins,
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers,
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- la politique de développement professionnel continu.

Il apparaît dans cette démarche que la CSIRMT peut servir d'appui :

- à une réflexion sur le sujet de la polyvalence,
- au développement des compétences.

Concrètement, le DS peut faire appel aux ressources de la CSIRMT en faisant participer des agents titulaires et/ou suppléants au projet de mise en œuvre de la politique de polyvalence de l'établissement. Leur point de vue sur le sujet pourra être discuté et au

besoin, pris en compte dans la formalisation de la démarche. Cette approche facilite l'enrichissement du travail et fédère les personnes. Elle permet aussi d'asseoir et de renforcer la légitimité du travail effectué.

### **3.2.3 Par le biais de sa collaboration avec la DRH dans le cadre du projet social**

*« Il développe avec le DRH, l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (...) et les parcours professionnels qualifiants ».*<sup>52</sup>

La collaboration du DS auprès du DRH dans ce domaine est nécessaire, il est primordial pour ces directions d'anticiper les évolutions prévisibles de la structure sur le plan des ressources humaines. Ce travail peut se faire par le biais du projet social. Il s'agit entre autre et de manière générale :

- d'identifier les compétences nécessaires au fonctionnement de l'établissement aujourd'hui et demain,
- de préparer les personnels à intégrer le fonctionnement de la structure,
- de favoriser la transmission des savoirs,
- d'améliorer la sécurité et le bien-être au travail,
- de donner une visibilité sur la gestion des ressources humaines.

Le projet social doit donc donner des orientations aux acteurs afin de réfléchir à une organisation de la polyvalence des IDE qui peut permettre le développement de leurs compétences. La mise en œuvre des axes définis dans le cadre de la polyvalence seront développés dans la partie 3.3 de ce travail.

### **3.2.4 Par le biais de ses relations avec le DS d'IFSI**

Le DS *« propose la définition d'une politique d'accueil et d'encadrement des étudiants et élèves en stage en collaboration avec les directeurs des instituts et des écoles de formation... ».*<sup>53</sup>

Partant du postulat du nouveau référentiel infirmier qui prévoit la « mise » sur le marché du travail de personnels infirmiers : compétents, capables d'intégrer rapidement

---

<sup>52</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010.

<sup>53</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n° 0227 du 30 septembre 2010, texte n°35.



des nouveaux savoirs et ayant des capacités d'adaptation aux situations variées, il semble intéressant de promouvoir une réflexion entre les deux directions des soins sur l'encadrement des futurs professionnels infirmiers dans le cadre du dispositif de polyvalence. La durée du stage est plus longue.

Aussi, quelques interrogations émergent. Comment faciliter son autonomie sur une période de stage plus importante ? L'allongement de ces périodes devrait permettre à l'étudiant de se centrer sur le parcours du patient et donc faciliter sa vision d'une prise en charge holistique du patient.

Par ailleurs, peut-on penser que le dernier stage de l'étudiant devrait être effectué à minima au sein d'un pôle dont les activités correspondent à son projet professionnel au terme de ses études?

Cette démarche demande, de part et d'autre, une bonne connaissance du parcours de l'étudiant et de ses souhaits professionnels à venir, des besoins de la structure afin de mettre, autant que faire se peut, ces besoins en adéquation.

De plus, ce travail piloté par les DS et relayé par l'encadrement soignant aurait l'intérêt de faciliter, après recrutement des IDE débutants dans la profession, leur passage de « novice/débutant » à « compétent » (cf. p. 16).

### **3.2.5 Sans oublier la place du CTE**

Le Décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 relatif au CTE prévoit les champs d'action de ce comité. A ce titre, il doit obligatoirement être consulté sur :

- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu.

Le DS présentera ou délèguera la présentation du projet à un membre du groupe de travail. Ainsi, au regard des prérogatives citées, le CTE se positionnera et donnera un avis sur la pertinence du dispositif.

Sa collaboration en amont avec les partenaires sociaux (cf. paragraphe 3.1.3, relations avec les partenaires sociaux) prend ici toute sa place. En effet, ce partenariat entre les syndicats et la direction des soins permet d'anticiper les écueils possibles, de répondre plus efficacement à leurs interrogations et « souhaits » et ainsi d'envisager un avis favorable du dispositif proposé lors du CTE.

Un avis positif du CTE permettra de renforcer la légitimité du projet. Le DS pourra plus sereinement envisager la déclinaison du projet sur les pôles et les unités de soins.

### **3.2.6 Un management approprié de l'encadrement s'impose**

Il s'agit pour le DS de placer le patient, les professionnels et l'encadrement en particulier au centre du projet. Ainsi, « *il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement* ». <sup>54</sup> On peut considérer, au regard de ce point, que le DS est reconnu pour avoir des capacités à diriger, animer et mobiliser les cadres paramédicaux de l'établissement.

L'enjeu à ce niveau pour le DS est de décliner et d'organiser la mise en œuvre du projet de polyvalence des IDE sur les pôles et les unités de soins. Sa capacité à mobiliser positivement les CP et cadres de proximité sur le sujet est primordiale. Aussi, différents aspects paraissent nécessaires à mobiliser :

#### A) Fédérer l'encadrement

« *Nous avons pris le problème à l'envers dans notre établissement. Les pôles ont mis des choses en place formalisées ou non. Il va nous falloir reprendre ce qu'ils ont fait pour construire notre dispositif institutionnel alors que ça aurait dû être l'inverse* » (DS1).

Dans cette situation le DS devra prendre en considération l'existant au sein des pôles et des unités de soins afin de co-construire un « socle commun » institutionnel alliant les orientations prises dans le cadre du projet d'établissement et la pratique au sein des pôles.

Le « socle commun » défini devrait servir de base, donner du sens et un sens, « un cadre » et de ce fait permettre aux CP, aux médecins chefs de pôle et aux autres professionnels d'adapter le dispositif de polyvalence des IDE au regard des spécificités des pôles.

---

<sup>54</sup> Ibid.

Le DS pour mener à bien cette démarche préférera un management par projet qui permet de faire travailler les acteurs ensemble avec une méthodologie appropriée visant à établir une photographie de l'existant, à fixer les objectifs et à décliner les actions à mettre en place. Par ailleurs, il prendra en compte l'autonomie et les zones de responsabilité des responsables de pôles, des cadres de proximité pour atteindre cet objectif.

#### B) Définir la place et le rôle des CP et des cadres de proximité

Les enjeux dans cette démarche sont importants. Le DS, via les CP et les cadres de proximité, doit assurer la mise en œuvre d'un volet du projet d'établissement, une des orientations du projet de soins et du projet social. Aussi, il s'appuie sur l'encadrement soignant pour concrétiser ce projet.

Leur rôle<sup>55</sup> est important, il doit viser à traduire de manière professionnelle et fidèle le dispositif de polyvalence au sein des pôles et des services.

De plus, il s'agira pour eux de communiquer aux équipes de soins sur le sujet de façon humaniste et bienveillante afin d'instaurer un climat de confiance permettant la compréhension des objectifs et des modalités du dispositif de polyvalence.

Ainsi, développer la polyvalence des IDE au sein d'une structure en veillant à ce qu'elle ne soit pas uniquement une réponse « facile » à l'absentéisme, mais permette l'acquisition d'une réelle plus-value pour l'établissement et les professionnels demande un travail en cohérence, en coordination dans le respect des objectifs fixés et des attributions de chacun .

---

<sup>55</sup> **Le rôle** : Pour Chappuis R. et Thomas R., « *le rôle est un modèle organisé de conduites relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel* ».

CHAPPUIS R., THOMAS R., 1995, *Rôle et statut*, Que sais-je ? éd. PUF n° 2951, p.35.

Pour Mintzberg c'est : « *un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable (...) mais individuellement les acteurs les incarnent de diverses façons* ».

MINTZBERG H., 1984, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, éd. Les Editions d'organisation, p.65.

### C) Communiquer sur le sujet

« *L'organisation n'est pas tout. La communication autour d'un projet constitue de plus en plus un facteur décisif* ». <sup>56</sup>

En dehors de la communication faite aux instances sur le projet de polyvalence, le DS devra obtenir l'adhésion des personnes. Pour cela, il faut que tous y voient leur intérêt, et comprennent les demandes. D'où l'importance de prévoir des lieux et moyens d'informations à trois niveaux : ascendants, descendants et horizontaux.

Pour préciser cela, l'on peut, pour le DS aussi, reprendre les propos de Mintzberg<sup>57</sup> qui parle du rôle d'agent de liaison qui sert à relier l'environnement à son organisation. On pourra, de la même manière, lui attribuer un rôle de porte-parole et de diffuseur pour :

- informer au mieux les CP et de proximité.
- expliquer à l'encadrement son positionnement lorsqu'il, « *propose la répartition des ressources en soins entre les pôles* » et « *organise la cohérence des parcours de soins* ». <sup>58</sup>

C'est également dans ce cadre que le DS fera mettre en œuvre le dispositif de polyvalence défini au sein de l'établissement.

En outre, le recueil d'informations émanant des échanges et des communications avec les différents acteurs lui permettra de détecter les problèmes et les opportunités, mais aussi de tenir en éveil, sécuriser, valoriser les acteurs concernés par la démarche.

### **3.3 Contribution du DS au niveau opérationnel**

Si le DS a un rôle indéniable à jouer au niveau politique et stratégique dans le cadre de l'institutionnalisation de la polyvalence des IDE dans un établissement de santé, il a aussi un rôle à jouer au niveau opérationnel.

---

<sup>56</sup> LOUAPRE B., 1993, *La qualité s'il vous plaît*, éd. Les Editions d'organisation, p.89.

<sup>57</sup> MINTZBERG H., 1984, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, éd. Les Editions d'organisation.

<sup>58</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010.

Cette étape va principalement engager le DS dans la mise en place d'organisations qualifiantes au sein de la structure.

Ainsi, les pôles ne sont pas destinés à créer une strate administrative supplémentaire. Ils permettent au contraire de mieux coordonner les activités de plusieurs services proches et d'optimiser la prise en charge des patients. Alors, dans ce contexte d'évolution forte et rapide des organisations du travail et sans limiter la polyvalence à un instrument de gestion des remplacements, il s'agit de lui donner une force supplémentaire et de lui permettre d'obtenir l'adhésion des acteurs tout en générant :

- la reconnaissance des compétences des professionnels IDE,
- le développement des compétences des IDE,
- la mise en place des conditions nécessaires pour réduire les pertes de compétences ?

tout en assurant la continuité de la prise en charge des patients.

### **3.3.1 En définissant les modalités de la polyvalence des IDE**

En premier lieu, elle doit être anticipée le plus possible afin de permettant à chacun de s'y préparer (formations nécessaires, doublures à prévoir, préparation de l'agent en termes de réajustement des connaissances en amont...).

La polyvalence devrait, du moins au début de sa mise en œuvre, s'effectuer prioritairement sur la base du **volontariat**. Pour ce faire, il s'agit de demander aux CP, en lien avec les cadres de proximité, de recenser pôle par pôle les agents IDE intéressés. Pour autant, la polyvalence peut être suscitée et négociée avec les professionnels par les mêmes acteurs.

Par ailleurs, le **périmètre** de la polyvalence doit être fixé. Ce périmètre s'inscrit prioritairement par pôle, si possible sur la base du parcours patient, par exemple une IDE serait polyvalente sur la consultation et le plateau technique de pneumologie, le service d'hospitalisation et l'hospitalisation de jour. Une polyvalence peut encore être envisagée en alternance sur le jour et la nuit au sein d'un même service et d'une même pathologie.

Il en va de même dans des services dits « techniques » comme le bloc opératoire, où l'IDE de bloc serait polyvalente sur les trois fonctions : instrumentiste, circulante et aide-opératoire mais aussi sur au moins trois spécialités chirurgicales.

Cette approche d'une polyvalence basée sur le parcours patient favoriserait-elle un souhait de polyvalence auprès des IDE dites « fixes » dans les services ?

Indéniablement elle faciliterait le décloisonnement interservices, permettrait le développement des compétences des IDE plus sédentaires, tout en répondant à leurs craintes du changement.

De plus, la polyvalence doit s'inscrire dans **le temps** pour permettre le développement des compétences. Si elle semble ne pas devoir être inférieure à un mois, la fourchette précisant le minimum et maximum de la durée doit être négociée et adaptée aux besoins de la structure et des professionnels.

Répondre avec pertinence à cette notion de temps facilitera le sentiment d'appartenance de l'agent à une équipe de soins, la connaissance des pathologies et des techniques de soins...

Certains **avantages** pourraient être attribués aux IDE polyvalents dès lors qu'ils sont sur un pool de pôle par exemple, à savoir : une priorité lors des demandes de congés annuels, d'accès aux formations continues, de non-modification de leurs horaires de travail... Cette démarche permettrait de valoriser les agents intégrés dans une dynamique de polyvalence et proposerait une forme de reconnaissance.

Enfin, la polyvalence ne devrait servir à la continuité des soins que lorsque les ressources internes auront été épuisées (utilisations des modes dégradés par exemple...). Dans ces cas, la gestion de la polyvalence par le cadre de proximité (en concertation avec le CP si besoin) est incontournable.

### **3.3.2 En formalisant le profil des équipes**

En collaboration avec le DRH, les CP et cadres de proximité doivent réfléchir au profil le plus pertinent de leurs équipes soignantes. Ceci en termes d'âge, de compétences nécessaires et à acquérir, du nombre de personnes dites « fixes » et polyvalentes afin de maintenir un équilibre. Ce profil doit être réajusté en fonction des arrivées et des départs des IDE du service, des évolutions des techniques et/ou du type de patientelle.

Il s'agit pour le DS de sensibiliser l'encadrement à la nécessité d'avoir une vision anticipatrice des changements possibles dans leurs secteurs de soins afin de faciliter l'accueil des personnels polyvalents et sécuriser leur intégration.

### 3.3.3 En travaillant un projet d'intégration des IDE

L'intégration de toute IDE au sein d'un service devrait être formalisée, d'autant plus celle d'une IDE polyvalente. Aussi, bien des responsables de pôles et cadre de proximité ont déjà travaillé sur les modalités d'intégration d'un nouvel agent au sein de leurs services.

Les modalités d'accueil et d'intégration y sont formalisées :

- dans quel service arrive l'agent ?
- qui accueille l'agent ?
- y a-t-il un temps de doublage ?
- quelles sont les connaissances et compétences nécessaires à l'exercice dans le service ?
- quel est l'agent « tuteur » pour le nouvel arrivant ?...

Un livret d'intégration aussi appelé « d'adaptation à l'emploi » pourra être proposé à l'IDE. Parallèlement, un document individuel permettant le suivi des acquisitions spécifiques au service peut aussi être utile à l'IDE polyvalente. En outre, l'élaboration de ce type de document a le mérite de fédérer les équipes en ce sens où elles sont amenées à réfléchir à un document unique et consensuel de prise en charge des nouveaux agents.

### 3.3.4 En promouvant l'harmonisation des pratiques et des locaux

Le DS dans son rôle de coordination, de facilitateur et dans le cadre de ses missions, (*« il participe à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins »*<sup>59</sup>) engagera les CP et les cadres de proximité dans une démarche d'harmonisation des pratiques et des locaux.

Ce travail doit sécuriser la prise en charge du patient et faciliter l'intégration des agents polyvalents. Il accélérera l'adaptation des personnels lors des changements de services. Si cette réflexion est plus délicate concernant les locaux dans les structures existantes, elle doit impérativement faire partie du cahier des charges dans le cadre des restructurations.

---

<sup>59</sup> Ibid.

### **3.3.5 En échangeant sur les expériences entre les professionnels de santé**

Les personnels affectés sur un pool de pôle devraient pouvoir bénéficier de temps d'échanges. Cette organisation offerte aux agents par le CP leur donnerait la possibilité de faire remonter les « points forts » et les difficultés rencontrées en situation de travail. De même, elle alimente le volet des réajustements à apporter au dispositif.

La mise en place de groupes d'analyse de la pratique permettrait de répondre aux problématiques rencontrées par les professionnels, d'enrichir le collectif IDE et de générer de la compétence individuelle et collective.

Enfin, elle donne aux agents IDE des pools l'opportunité de créer une équipe et de répondre au besoin d'appartenance des personnes.

### **3.3.6 En construisant un dispositif de suivi**

Les impacts de l'intégration et du parcours d'un agent au sein d'un dispositif de polyvalence serait suivi sur le plan individuel à partir d'une fiche par agent qui permettrait d'effectuer des points d'étapes entre le cadre de proximité et/ou de pôle et le professionnel. Cette démarche s'inscrit dans le cadre du suivi du parcours professionnel d'une IDE. Par ailleurs, cette démarche répond à une exigence réglementaire en lien avec le Développement Professionnel Continu (DPC). Il s'agit, d'aborder chaque professionnel au regard de ses compétences réelles, de co-construire la façon dont il souhaite exercer son métier à l'avenir. L'encadrement définira avec l'agent, en intégrant ses besoins et en adéquation avec les nécessités de la structure, un parcours professionnel réfléchi et identifié.

### **3.3.7 En définissant un périmètre pour la formation continue**

La formation continue s'attachera aux aspects techniques, pratiques et relationnels liés aux exigences de la mobilité. Elle pourra être proposée en amont et/ou en aval du changement d'affectation temporaire de l'agent. Ce travail d'identification des besoins se fera avec le cadre de proximité et/ou de pôle en s'appuyant sur la fiche individuelle de suivi de l'IDE. On peut penser qu'une enveloppe particulière devrait être prévue lors de l'élaboration du plan de formation dans le cas où les formations nécessaires (qualitativement ou quantitativement) n'apparaissent pas dans le plan.



Cette approche permet de répondre aux besoins spécifiques en formations souhaités et nécessaires au professionnel, mais elle peut aussi représenter une forme de reconnaissance de l'institution vis-à-vis de la personne qui intègre un dispositif de polyvalence.

### **3.3.8 En synthèse...**

Le rôle du DS au niveau politique, stratégique et opérationnel apparaît réellement au regard des différentes étapes du projet déclinées dans ce chapitre.

A lui d'impulser, une culture nouvelle de prise en charge des patients, mais aussi la garantie pour les personnels concernés d'exercer leur fonction dans un cadre sécurisé et serein.

La polyvalence des IDE s'inscrit à tout moment dans le parcours du professionnel au sein de la structure. Certains établissements ont établi une charte de la polyvalence faisant ainsi apparaître les grands principes de son application. Au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)<sup>60</sup> par exemple, certains pôles proposent aux IDE une double affectation. Une première sur un poste dans un service de référence, dans lequel le soignant est intégré pendant une période minimale de six mois. Une seconde sur un poste alternatif dans un autre service du pôle, au sein duquel le soignant effectue un mois de « découverte » et dans lequel il pourra par la suite travailler en cas de besoin. On parle alors de bivalence des agents.

La polyvalence est à décliner comme une démarche qualité au sein de l'institution, elle s'adapte aux besoins des soignants pour offrir aux patients une prise en charge et des prestations de qualité, elle nécessite des réajustements et la prise en compte des évolutions pour rester enrichissante et viser la performance dans le travail.

---

<sup>60</sup> AP-HP, *Accompagner les nouveaux professionnels infirmiers : un enjeu de taille*, [Visité le 19. 05. 2012], disponible sur Internet : <http://lewebzine.aphp.fr/accompagner-les-nouveaux-professionnels-infirmiers-enjeu-de-taille>

## Conclusion

La polyvalence des IDE, si l'on souhaite qu'elle ait une consonance positive et qualitative pour les agents, s'inscrit dans un cadre institutionnel voulu par la direction et l'encadrement.

J'ai tenté de démontrer quel rôle et quelle place pouvait prendre le DS dans ce domaine.

Les mesures d'accompagnement de ce dispositif s'imposent afin de garantir au mieux sa réussite.

Il s'agit de fédérer autour d'un dispositif, de définir des modalités de mise en œuvre et de formaliser son application.

Parallèlement, il est nécessaire de travailler sur la gestion des compétences entre DS et DRH ainsi qu'avec les acteurs concernés par le sujet.

Le DS, malgré les contraintes financières que connaissent les établissements de santé, doit faire preuve de vigilance et veiller à ce que la polyvalence ne soit pas uniquement une variable d'ajustement en réponse à l'absentéisme IDE.

Par ailleurs, dans le contexte hospitalier actuel, où se développent les coopérations sous la forme de CHT, GCS voire de fusion, la polyvalence des professionnels IDE devient incontournable et dépasse les frontières des établissements.

Se pose alors la question d'élargir ce travail dans un avenir que l'on pourrait qualifier de proche, à la polyvalence inter-établissement, public/public et public/privé sur différentes fonctions et métiers. L'implication du DS prendrait, de fait, une dimension encore plus consensuelle et large à savoir : une implication au niveau du territoire de santé.

## **Epilogue**

« *Un livre est un projet. En ce sens, il a un début et une fin et il n'échappe pas aux aléas du projet* »<sup>61</sup>

Ce travail a été pour moi aussi un projet, mêlé de progression, de responsabilité et d'aventure.

Il m'a confronté à l'engagement : respect des délais, utilisation de ressources, questionnement, organisation de l'écrit au nom d'un objectif fixé.

Cette démarche m'a permis de développer la notion de performance, en ce sens que je suis allée de l'avant dans un contexte d'apprentissage, en tirant des enseignements tout en prenant des décisions.

Pourtant, arrivée au terme de ce travail, s'éveille en moi un sentiment partagé, marquant le bien-être du but atteint et l'envie d'aller plus loin...pour développer un esprit de recherche.

Car « *le possible est tout de suite après l'impossible* ». <sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> BELLENGER L., COUCHAERE M.J., 1994, *Animer et gérer un projet : un concept, des outils pour anticiper l'action et le futur*, éd. ESF, p. 103.

<sup>62</sup> SALOME J., 1994, « *Contes à guérir, contes à grandir* », éd. Albin-Michel, p.15.

---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires. Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009, texte n°1.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal officiel, n° 98 du 25 avril 1996.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n° 0227 du 30 septembre 2010, texte n°35.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé. Journal officiel, n° 0104 du 5 mai 2010, texte n°22.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-436 du 30 avril 2010 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé. Journal officiel, n°0102 du 2 mai 2010, texte n° 24.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS ; Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Journal officiel, n°0181 du 7 août 2009, texte n°18.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation, mars 2010.

## **Ouvrages**

ALECIAN S., FOUCHER D., 2002, *Le management dans le service public*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, éd. d'Organisation, 446 p.

BELLENGER L., COUCHAERE M.J., 1994, *Animer et gérer un projet : un concept, des outils pour anticiper l'action et le futur*, éd. ESF, 167 p.

CADIN L., GUERIN F., 2003, *La gestion des ressources humaines*, éd. Dunod, 622 p.

CHAPPUIS R., THOMAS R., 1995, *Rôle et statut, Que sais-je ?* éd. PUF n° 2951, 125 p.

EYMARD C., THUILIER O., VIAL M., 2004, *Le travail de fin d'études*, Rueil-Malmaison : Lamarre, 144 p.

GALAMBAUD B., 1983, *Des hommes à gérer, Paris EME*, 156 p.

LOUAPRE B., 1993, *La qualité s'il vous plaît*, éd. Les Editions d'organisation, 144 p.

MINTZBERG H., 1984, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, éd. Les Editions d'organisation, 220 p.

SALOME J., 1994, *Contes à guérir, contes à grandir*, éd. Albin-Michel, 367 p.

SOREL M., WITTORSKI R., 2005, *La professionnalisation en actes et en questions*, éd. Action et Savoir. Paris : L'Harmattan, 263 p.

THIETART R.A., 2003, *Le management*, éd. Puf ? Que sais-je ? Paris, 127 p.

## **Articles (de périodiques)**

BENNER P., « De novice à expert », 9 pp. [Visité le 13.06.2012], disponible sur Internet : <http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/benner.pdf>

DEVRET G., décembre 2002, « La polyvalence : pour ou contre ? », *Objectifs soins*, n° 111, pp. 1-14.

DEVRET G., février 2001, « La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir », *Gestion hospitalières*, n°403, pp. 106-119.

LE BOTERF G., février 2010, « Développer les compétences dans les hôpitaux et les centres de soins », *Gestions hospitalières*, n° 493, pp. 87-91.

NOEL C., « L'étiq ue est-elle vraiment un ingrédient clef de la compétence des auditeurs légaux », 22 p.

<http://www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des-actes/2009noel-krohmer090.pdf>

ZARAFIAN P., 1990, « Objectif compétence pour une nouvelle logique », *Fiche de lecture*, CNAM, éd. Liaisons, Paris, 24 p.

<http://www.cnam.fr/lipsor/dso/articles/fiche/zarafian>

### **Thèses et mémoires**

BARRUOL A.M., 2011, *Le cadre formateur dans l'alternance : une dynamique identitaire en question*, Mémoire de Master Professionnel Education et Formation, Université de Provence, Département des sciences de l'éducation, 108 p.

CHEDEVILLE P., 2002, *La mobilité au service de la polyvalence : un enjeu pour le directeur des soins*, Mémoire de directeur des soins, ENSP Rennes, 64 p.

DULAK E., 2001, *La mobilité au service de la compétence*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 66 p.

MORHET C., mai 2003, *La polyvalence infirmière : obligation de compétences*, Mémoire de directeur des soins, ENSP Rennes, 58 p.

PRUNET-DEVRET G., 1999, *Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques ?*, Thèse pour le Doctorat Sciences et Gestion, Université Lumière Lyon 2, 327 p.

## Rapports

MATILLON Y., août 2003, *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Rapport de mission, 91 p.

## Conférences

BOUTINET J.P., « *Le projet* », conférence à l'institut de formation des cadres de santé, mars 1997, Strasbourg.

## Sitographie

AP-HP, *Accompagner les nouveaux professionnels infirmiers : un enjeu de taille*, [Visité le 19. 05. 2012], disponible sur Internet :  
<http://lewebzine.aphp.fr/accompagner-les-nouveaux-professionnels-infirmiers-enjeu-de-taille>

CLERC F. *Pour un renouvellement de la réflexion sur le service public et l'éducation*. [Visité le 09.07.2012], disponible sur Internet :  
[http://www.educationetdevenir.fr/IMG/pdf/Problematique\\_Colloque\\_2011\\_FC.pdf](http://www.educationetdevenir.fr/IMG/pdf/Problematique_Colloque_2011_FC.pdf)

Convention collective nationale des instruments à écrire et des industries connexes du 13 février 1973. Etendue par arrêté du 14 septembre 1973 JONC 5 octobre 1973 rectificatif JONC 20 octobre 1973. Classifications Accord du 28 octobre 2002. Brochure n° 3171. [Visité le 19. 05. 2012], disponible sur Internet :  
<http://legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do?idConvention=KALICONT000005635873>

EVERAERE C. *La polyvalence et ses contradictions*. [Visité le 01.06.2012], disponible sur Internet :  
[http://centremagellan.univ-lyon3.fr/fr/articles/46\\_668.pdf](http://centremagellan.univ-lyon3.fr/fr/articles/46_668.pdf)

Centre de santé et des services sociaux du Sud Ouest-Verdun. *Guide de formation de la préceptrice en soins infirmiers*, novembre 2008, 26 p. [Visité le 20. 05. 2012], disponible sur Internet :  
[http://www.aqssss.qc.ca/docs/public\\_html/document/Preceptorat/PP\\_CSSS\\_SOV\\_annexe1.pdf](http://www.aqssss.qc.ca/docs/public_html/document/Preceptorat/PP_CSSS_SOV_annexe1.pdf)

<http://lesdefinitions.fr/holistique>

[www.larousse.fr/dictionnaires/français/mobilite/51890](http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/mobilite/51890)

[www.mediadico.com/dictionnaire/definition/valences](http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/valences)

*Sentiment d'appartenance*, [Visité le 18.08.2012], disponible sur Internet :

[http://www.uquebec.ca/edusante/imp\\_sentiment\\_appartenance.htm](http://www.uquebec.ca/edusante/imp_sentiment_appartenance.htm)

<http://wfr.wiktionary.org/wiki/poly>.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Employabilit%C3%A9>

[http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Principe\\_de\\_Pareto](http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Principe_de_Pareto).

### **Autres**

Dictionnaire, Le petit Robert, 1976

Manuel de certification, 2011, HAS.



---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 :** Grille d'entretien IDE

**Annexe 2 :** Grille d'entretien DS/CSS de pôle

**Annexe 3 :** Les professionnels rencontrés



**Items généraux**

Années de diplôme d'état, parcours professionnel effectué

**Thème questionnant la représentation de la polyvalence**

- 1) Pouvez-vous me dire ce qu'évoque pour vous le terme de « polyvalence » du personnel infirmier ? Comment la définissez-vous ?
- 2) Vous considérez-vous comme une IDE polyvalente ? Pourquoi ?

**Thème questionnant la place de la polyvalence dans l'établissement d'exercice**

- 3) Existe-t-il une politique en faveur de la polyvalence dans votre établissement ?
- 4) Le principe de polyvalence est-il développé au sein du pôle où vous exercez ? Au sein de la structure ? Si tel est le cas, savez-vous dans quel contexte le principe de polyvalence a été adopté ? Comment se traduit-il concrètement au quotidien ?

**Thème questionnant les enjeux et les limites de la polyvalence**

- 5) Quels sont, d'après vous, les avantages et les intérêts de la polyvalence pour le personnel infirmier ?
- 6) Quels sont, d'après vous, les inconvénients de la polyvalence pour le personnel infirmier ?
- 7) Quelles sont, d'après vous, les difficultés et les raisons qui constitueraient un obstacle à la polyvalence ?

**Question interrogeant la place de l'encadrement et du DS par rapport à la polyvalence des IDE**

- 8) Selon vous, quel est le rôle de la DS, des CSS au regard de la polyvalence ?
- 9) Quelles sont vos attentes concernant la mise en place de la polyvalence ?

**Questions générales**

- 10) Comment envisagez-vous votre avenir du point de vue professionnel à moyen et long terme ?
- 11) Avez-vous des éléments à préciser, des remarques à formuler sur le sujet ?

**Items généraux**

Fonction, parcours professionnel effectué

**Thème questionnant la représentation de la polyvalence**

- 1) Pouvez-vous me dire ce qu'évoque pour vous le terme de « polyvalence » du personnel infirmier ? Comment la définissez-vous ?

**Thème questionnant la place de la polyvalence dans l'établissement**

- 2) Le principe de polyvalence des infirmiers est-il développé au sein du pôle où vous exercez (CSS) ? au sein de la structure (DS) ? Existe-t-il une politique en faveur de la polyvalence des IDE dans votre établissement ? Comment se traduit-elle concrètement ?
- 3) Si tel est le cas, savez-vous dans quel contexte le principe de polyvalence a été adopté ?

**Thème questionnant les enjeux et les limites de la polyvalence**

- 4) Quels sont, d'après vous les avantages, les intérêts de la polyvalence ?  
Pour l'institution ? Pour l'IDE ?
- 5) Quels sont, d'après vous, les inconvénients de la polyvalence ?
- 6) Quelles sont, d'après vous les difficultés, les raisons qui constitueraient un obstacle à la polyvalence ?

**Questions interrogeant la place de l'encadrement et du DS par rapport à la polyvalence des IDE**

- 7) Selon vous, quel est le rôle de la DS, des CSS au regard de la polyvalence ?
- 8) Comment voyez-vous la mise en place de la polyvalence des IDE dans un établissement de santé ?
- 9) Quelles sont vos attentes concernant la mise en place de la polyvalence ?

**Question générale**

- 10) Avez-vous des précisions à apporter, des remarques à formuler sur le sujet ?

**Annexe 3 : Les personnes rencontrées**

	<b>Nombre</b>	<b>Lieu d'activité</b>
<b>Directeur des soins</b>	4	2 en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) DS1 et DS2.  2 en Centre Hospitalier (CH) DS3 et DS4.
<b>Cadres de pôle</b>	3	3 en CHU
<b>IDE</b>	5	3 en CHU – IDE 8, 9,10  2 en CH – IDE 11,12

**DIRECTEUR DES SOINS**

Promotion 2012

**Le directeur des soins et la polyvalence des infirmier(e)s:  
une place à prendre dans le cadre du développement des compétences.**

**Résumé :**

En réponse à l'absentéisme du personnel infirmier, le recours à la polyvalence au sein des établissements de santé est de plus en plus fréquent.

Ce travail s'attachera à tenter de mettre en exergue un autre volet de la mise en œuvre de la polyvalence.

A priori enrichissante, elle se nourrit de la volonté du professionnel à élargir ses connaissances.

La représentation de la polyvalence n'est pas la même selon les acteurs. Elle génère de l'enthousiasme chez les directeurs des soins, l'encadrement soignant et les infirmiers mais dans certaines conditions. Ainsi, il semble qu'elle s'avère qualifiante et enrichissante pour les infirmiers à condition d'être organisée, formalisée et managée.

Aussi, la question se pose de savoir comment la polyvalence peut concourir au développement des compétences des personnels infirmiers ? Quel rôle particulier, le directeur des soins a-t-il à jouer pour faciliter l'adhésion des acteurs et la mise en œuvre de ce principe à l'hôpital ?

**Mots clés :**

Polyvalence, Compétence, Directeur des soins, Infirmier, Compétences collectives, Etablissement de santé, Pôle, Management, Polycompétence, Projet de soins, Projet d'établissement.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*