



Filière Directeurs des Soins

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

Développer les compétences des cadres de santé :
l'intérêt d'une stratégie managériale partagée
par le directeur des soins
et le directeur des ressources humaines

Valérie BOUGEARD

Remerciements

Je tiens à remercier chacune des personnes ayant contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce mémoire :

A Jean-René LEDOYEN, responsable de la filière des directeurs des soins à l'EHESP, pour ses conseils et son accompagnement,

A Nathalie ROBIN-SANCHEZ, professeur en management et gestion des ressources humaines à l'EHESP, pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses conseils méthodologiques,

A Nadine BLUGEON, Catherine DIDIER, Jeanine QUERCY-CAILLIAU, et Annick RIOU, directeurs des soins d'instituts de formation; Patricia CARLIER, directeur adjoint d'hôpital; Marc NAGELS, dirigeant du réseau 17 Mars Conseil, pour leurs encouragements et leur confiance dans mon projet,

A mes maîtres de stage pour leur sens du partage, leur éclairage et leurs suggestions,

Aux professionnels chargés de direction, d'encadrement médical et paramédical et aux représentants du personnel pour leur disponibilité, leur authenticité et leur réflexion enrichissante,

A mes collègues de la promotion Antoine de Saint Exupéry à l'EHESP, en particulier à Michèle pour son enthousiasme et son amitié et Alexandra pour son authenticité,

A mes parents pour leur aide logistique, leur affection et leur présence,

A Armelle pour sa patience et son indéfectible soutien.

« Le projet est le brouillon de l'avenir.
Parfois, il faut à l'avenir des centaines de brouillons ».

Jules Renard (1864-1910)

Sommaire

Introduction.....	1
1 Cadre de santé : un métier en perpétuelle évolution.....	4
1.1 Une professionnalisation accompagnée par la structuration d'un cadre réglementaire	4
1.2 L'impact des réformes hospitalières successives sur le métier	6
1.3 Un exercice à concilier avec un environnement devenu complexe	8
2 La compétence : notion, déterminants et évaluation.....	9
2.1 La notion polysémique de « compétence »	9
2.2 Les déterminants de la compétence.....	11
2.3 L'évaluation des compétences.....	14
3 Les enjeux et les moyens pour agir : une question stratégique.....	16
3.1 Les enjeux du développement des compétences	16
3.2 Les moyens existants et les acteurs clés	17
3.2.1 Le projet d'établissement et ses déclinaisons	17
3.2.2 La formation initiale et continue des cadres de santé	19
3.2.3 Les acteurs incontournables du développement des compétences	21
4 Le choix d'une enquête mixte et ses modalités	22
4.1 Les objectifs	22
4.2 Les limites de l'étude.....	23
5 Résultats de l'enquête quantitative	24
5.1 Le profil de l'échantillon.....	24
5.2 Les activités des cadres en gestion.....	26
5.3 Les activités des cadres en formation	27
5.4 Leur représentation de la compétence et leurs compétences mobilisées	28
5.4.1 La compétence : une notion encore instable	28
5.4.2 Des compétences d'abord en lien avec les actions prioritairement menées	28
5.5 Les compétences jugées manquantes	29
5.6 Le niveau de diplomation et l'existence d'une fiche de poste	29
5.7 L'appréciation des liens institutionnels	30
5.8 L'avis sur la formation et l'évaluation.....	30
5.9 Des commentaires qui modèrent l'enthousiasme apparent	31
6 Résultats de l'enquête qualitative auprès des donneurs d'ordres.....	31
6.1 Le niveau d'intérêt pour le sujet.....	32
6.2 Le niveau de compétences des cadres	32
6.3 Les attentes des donneurs d'ordres vis-à-vis des cadres de santé.....	33
6.4 Les actions mises en place pour permettre de répondre aux attentes	36

6.4.1	Une politique engagée en faveur des cadres	36
6.4.2	Une stratégie commune d'accompagnement par le DRH, le DSG et le DSF	37
6.4.3	Un rôle pédagogique de la part des chefs et cadres de pôle	38
6.4.4	Les ressources sur lesquelles les cadres doivent pouvoir compter	39
6.5	Le projet managérial : un projet à construire	40
6.5.1	Les représentations sur le sujet	40
6.5.2	Une visibilité qui passe par un besoin de formalisation	41
7	La confrontation aux hypothèses initiales.....	42
8	Les mesures à privilégier pour développer les compétences des cadres	45
8.1	Faire du management un axe prioritaire du projet de soins et du projet social basé sur une philosophie commune entre DS et DRH.....	45
8.1.1	Le projet social.....	46
8.1.2	Le projet de soins	47
8.2	Se saisir de l'opportunité des GHT pour améliorer l'offre de formation	48
8.2.1	Un dispositif d'accompagnement en formation continue mutualisé sur le GHT.....	48
8.2.2	Une formation initiale enrichie par le partage des connaissances et des compétences sur le territoire.....	49
8.3	Un projet managérial institutionnel destiné à placer le management au cœur de la stratégie.....	50
8.4	Adopter une communication de confiance et de soutien	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes	63

Liste des sigles utilisés

ANAP = agence nationale d'appui à la performance
ANI QVT-EP = accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail et sur l'égalité professionnelle
ANFH = association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ASH = agent des services hospitaliers
CAP = commission administrative paritaire
CCP = commission consultative paritaire
CDP = cadre de pôle
CGS = coordonnateur général des soins
CHSCT = comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CSP = Code de la santé Publique
COPIL = comité de pilotage
CREM = comités de retour d'expérience en management
CRUQPC = commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CS = cadre de santé
CSIRMT = commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques
CSP = catégorie socio-professionnelle
CT = comité technique
CTE = comité technique d'établissement
DDF = dispositif de formation
DIF = droit individuel de formation
DGOS = direction générale de l'offre de soins
DRH = directeur des ressources humaines
DS = directeur des soins
DSF = directeur des soins en formation
DSG = directeur des soins en gestion
DSIRMT = direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
EHPAD = établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS = établissements publics de santé
FFCS = faisant fonction de cadre de santé
FPH = fonction publique hospitalière
GHT = groupement hospitalier de territoire
GPMC = gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GTT = gestion du temps de travail

HUEP = hôpitaux universitaires de l'est parisien
IFAS = institut de formation aide-soignant
IFCS = institut de formation des cadres de santé
IFSI = institut de formation en soins infirmiers
IGAS = inspection générale des affaires sociales
LMD = Licence-Master-Doctorat
MCO = médecine, chirurgie, obstétrique
PMP = projet médical partagé
PMSP = projet médico soignant partagé
PSP = projet de soins partagé
QVT = qualité de vie au travail
RP = représentants du personnel
RFC = responsable de formation continue
SROS = schémas régionaux d'offre de soins
SSR = soins de suite et de réadaptation
USLD = unité de soins de longue durée
VAE = validation des acquis et de l'expérience
VAP = valorisation des acquis professionnels

Introduction

Toute entreprise est aujourd'hui condamnée à innover pour espérer rester compétitive et exister sur le marché. Pour ce faire, elle doit s'adapter sans cesse et permettre le développement des compétences des acteurs qui y travaillent. Le changement nécessite de s'appuyer sur un ensemble de savoirs qu'il s'agit de pouvoir mobiliser dans des situations devenant toujours plus complexes.

Les établissements publics de santé (EPS) font l'objet d'une accélération de réformes depuis plus d'une vingtaine d'années. Ils n'échappent pas à la règle d'une nécessaire adaptation à un contexte changeant. La pression économique visant la maîtrise des dépenses publiques pèse lourdement sur l'hôpital, ce qui lui impose des restructurations et des ajustements permanents. Les réformes se succèdent voire s'accélèrent depuis l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé¹. Les EPS font aujourd'hui obligatoirement partie d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), dispositif issu de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé² visant à permettre à l'usager « d'accéder aux meilleurs soins au meilleur moment et au meilleur endroit³ ». La gestion des établissements publics s'élargit à l'échelle territoriale, impactant, de ce fait, les logiques et les pratiques professionnelles des acteurs. Parmi ces derniers figurent les cadres de santé (CS). Lorsqu'ils sont amenés à quitter l'établissement, le risque de déperdition de leurs savoirs est bien réel.

S'il apparaît évident que l'avenir nécessite d'anticiper et de s'y préparer, force est de constater que la question de l'accompagnement du développement des compétences des acteurs chargés de mettre en œuvre les changements ne représente pas nécessairement une priorité pour tous les établissements de santé. C'est ce que j'ai pu observer lors d'un stage dans un établissement de 400 lits et places implanté sur quatre communes d'un même département dans un territoire plutôt favorisé sur le plan économique et social. Il ne semblait pas exister de réelle stratégie mise en place par les directions pour anticiper des départs en retraite ni pour accompagner les cadres dans la mise en œuvre des réformes à venir. Considérant l'établissement comme « suffisamment attractif », il n'était « nul besoin de déployer de stratégie pour recruter sur ces profils ».

¹ Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. (2005). *Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé*. Récupéré le 18/05/2017 de <https://www.legifrance.gouv.fr>

² Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. (2016). *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Récupérée le 18/05/2017 de <https://www.legifrance.gouv.fr>

³ Direction Générale de l'Offre de Soins. Mission GHT. (2017). Récupéré le 18/05/2017 de <http://social-sante.gouv.fr>

Comme son nom l'indique, l'outil de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), issu de la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale⁴ prévoit pourtant de prendre des mesures pour s'adapter aux évolutions de l'entreprise. Même si ce dispositif n'est pas obligatoire dans la fonction publique, le guide rédigé par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)⁵ mentionne que « les pouvoirs publics incitent aujourd'hui les établissements à s'engager dans une démarche GPMC ».

Pourtant, le constat semble sans appel : la GPMC n'est pas mise en place à la hauteur des prévisions de ses concepteurs. Si certains établissements de santé témoignent de leur expérience à tenter une véritable GMPC autour d'une démarche structurée d'un projet social, la situation n'est pas identique partout. Les bénéfices relatés dans la littérature se caractérisent par une expression massive et un rapprochement entre les décideurs et le terrain. Elle permet également l'élaboration d'une cartographie des ressources (en termes de forces/faiblesses, opportunités/menaces), des perspectives de formation, des pistes d'action et l'élaboration d'un schéma directeur de l'emploi pour anticiper les recrutements à venir ou sur les métiers critiques. Dans son article de 2016, A. Vautard⁶ montre que « très peu de cadres restent réticents à la démarche, beaucoup soulignent que la GPMC permet d'objectiver l'évaluation et de faire passer plus facilement les messages critiques en s'appuyant sur les savoir-faire et les compétences ».

Toutefois, comment prévoir quand tout change très vite et que l'avenir est, par définition, incertain? Les gestionnaires deviennent méfiants vis-à-vis des multiples réformes en même temps que leurs attentes « d'opérationnalité immédiate » sont grandissantes, y compris vis-à-vis de l'encadrement chargé de contribuer à mettre en œuvre les réformes qui se succèdent. Il s'agit donc de considérer l'enjeu d'identifier des pistes à explorer pour permettre un réel développement des compétences des acteurs du système de santé hospitalier, en particulier celles des cadres de santé.

Aussi, en tant que futur directeur des soins, je m'interroge sur la question suivante :

En quoi le développement des compétences des cadres de santé est-il un levier managérial pour contribuer à la mise en œuvre des réformes hospitalières ?

⁴ Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. (2005). Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. Récupéré le 18/05/2017 de <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁵ ANFH. Guide pratique - La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences- comprendre. Récupéré le 6/06/2017 de <http://www.anfh.fr>

⁶ Vautard, A. (2016). La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) : démarche rochelaise, dynamique régionale, enjeu national. *Techniques hospitalières*, 758.

A cette question centrale, s'ajoutent d'autres questions auxquelles je tenterai d'obtenir des réponses durant ce travail :

- Quelles sont les compétences aujourd'hui prioritairement attendues chez les cadres de santé?
- Quels sont les enjeux du développement des compétences des cadres ?
- Quels sont les moyens mis en place pour développer leurs compétences (formation, mobilité, coaching...)?
- Quel est le rôle et la responsabilité du directeur des soins (DS) dans ce développement?
- Qu'est-ce qu'un projet managérial et quelles sont ses finalités ?
- Quels sont les acteurs qui conçoivent et conduisent le projet managérial ?
- Quel lien faut-il établir entre un projet managérial et une GPMC ?
- Dans quelle mesure une stratégie managériale déclinée dans un projet managérial intègre-t-elle la GPMC ?

Pour tenter de répondre à la question de départ, voici quatre hypothèses :

- Une stratégie managériale établie à partir d'un diagnostic managérial, co construite par le directeur des soins et le directeur des ressources humaines concourt à clarifier les attentes vis-à-vis des cadres de santé et à proposer des moyens adaptés pour développer leurs compétences.
- Un projet managérial intégrant la philosophie du management et une vision de la GPMC dans l'Institution contribue au positionnement institutionnel des cadres de santé et au soutien de leur engagement nécessaire à la mise en œuvre des réformes hospitalières.
- Une formalisation et une structuration des interventions menées par les donneurs d'ordres aux cadres de santé permettent une visibilité de la politique managériale en faveur du développement de leurs compétences.
- Un suivi et une évaluation régulière du projet managérial dans un contexte hospitalier changeant permettent de maintenir durablement la dynamique d'accompagnement des cadres.

Le choix d'un sujet relatif au développement des compétences des cadres de santé n'est pas étranger à ma trajectoire professionnelle dernièrement marquée par un exercice en institut de formation. Mais il est d'autant plus pertinent au regard de la fonction à laquelle je me destine comme coordonnateur général des soins dans un centre hospitalier en région peu

attractive où j'aurai à me préoccuper, entre autres, de ce sujet au sein de l'équipe de direction.

La fonction de DS consiste notamment à « conseiller et accompagner les chefs de pôle dans l'exercice de leur autorité fonctionnelle dans le respect de leur délégation de gestion ».

Dans ce cadre, s'intéresser au niveau de compétences des cadres de proximité mais aussi des cadres de pôle placés sous sa responsabilité hiérarchique est une nécessité pour garantir la sécurité et la qualité managériale attendue par les équipes. Il est amené à « évaluer les résultats d'atteinte des objectifs donnés aux cadres en matière de politique de soins ». Pour les évaluer, encore faut-il se poser la question des moyens qui leur ont été octroyés pour y parvenir. L'élaboration du plan de formation des agents constitue un de ces moyens et relève de la compétence du DS. Il travaille en étroite collaboration avec le directeur des ressources humaines (DRH) pour permettre le maintien d'une employabilité du personnel.

Aussi, afin de répondre à la question centrale posée, il me semble utile d'ancrer ma réflexion sur un cadre théorique autour de la fonction cadre, de la notion de « compétence », des enjeux sous tendus par la recherche de leur développement et des moyens mis en œuvre pour les gérer et les voir se développer en écho aux déterminants qui les influencent (1). Ensuite, les résultats de l'enquête conduite selon une méthodologie mixte permettront d'apporter des réponses à la question de départ (2). L'analyse des informations recueillies me conduira, in fine, à suggérer quelques préconisations en faveur du développement des compétences des cadres de santé, qu'ils soient affectés à un poste en gestion ou en formation (3).

CADRE THÉORIQUE

1 Cadre de santé : un métier en perpétuelle évolution

1.1 Une professionnalisation accompagnée par la structuration d'un cadre réglementaire

Le dictionnaire Larousse⁷ donne du métier les définitions suivantes : « activité sociale définie par son objet, ses techniques », « profession caractérisée par une spécificité exigeant un

⁷ Récupéré le 15/09/2017 sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

apprentissage, de l'expérience, et entrant dans un cadre légal » ou bien encore « habileté technique que procurent la pratique, l'expérience d'une activité professionnelle ».

Faisant suite aux mères supérieures, les premiers « surveillants » et « formateurs » datent du début du XIXe siècle, pour constituer aujourd'hui un métier à part entière. C'est véritablement après la seconde guerre mondiale que s'organise et se met en place leur formation à partir de trois textes fondateurs : le décret de 1958⁸, celui de 1975⁹ et le décret du 18 août 1995¹⁰ portant création d'un diplôme de cadre de santé. Ce dernier a permis d'élaborer un dispositif de formation commun aux filières d'origine des cadres de santé (infirmier (ère), rééducation et médicotechnique). Ce dernier a fait l'objet de modifications en 1997, 2001 et 2008.

L'accès à la formation cadre de santé est possible après avoir exercé au moins quatre années dans une filière paramédicale à temps plein. Il faut satisfaire les exigences d'épreuves de sélection au concours qui garantit l'égal accès à la fonction publique. La formation s'effectue au sein d'institut de formation des cadres de santé (IFCS). Toutefois, selon la situation des EPS, le choix de recourir à des personnes n'ayant pas encore été formées en IFCS est assez courant. Ces personnes « faisant fonction de cadre de santé » (FFCS) sont souvent placées en situation d'immersion et d'apprentissage avant de se présenter au concours, ou bien en situation de report et d'attente d'entrer en formation après la réussite au concours.

Une fois diplômé, le cadre de santé choisit souvent d'exercer au sein de la fonction publique hospitalière (FPH) dans laquelle les métiers sont répertoriés dans ce qui est appelé « le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière¹¹ », créé en 2004 et modifié en 2008. Le métier de cadre de santé y figure dans l'une des neuf familles qui le composent : celle des soins. A ce jour, 43 sous familles et près de 200 métiers sont recensés. Le métier de cadre de santé apparaît principalement dans deux sous familles : « management des organisations des soins » et « formation et ingénierie de la formation aux soins ». Ceci traduit les deux champs majoritairement investis par les cadres de santé : la gestion des soins et la formation des futurs professionnels paramédicaux.

⁸ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant (e) récupéré le 17/9/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁹ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier récupéré le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

¹⁰ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Récupéré le 15/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

¹¹ Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière. Consulté le 15/09/2017 sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

Chaque métier répertorié permet ainsi de lister les activités menées par la personne qui occupera la fonction. Ainsi, le cadre de santé chargé d'encadrement « d'unité de soins et d'activités paramédicales » devra à la fois « organiser l'activité de soins et des prestations associées ; manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations ; développer la culture du signalement et gérer les risques ; développer les compétences individuelles et collectives et participer à la gestion médico-économique au sein du pôle ».

Quant au cadre de santé « formateur (rice) des professionnels de santé », il est chargé de « former des professionnels paramédicaux ; concevoir et organiser les conditions de leurs apprentissages en formation initiale, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations ; organiser et réaliser des actions de formation continue dans des domaines liés aux soins, à la santé, à la pédagogie et au management ».

Le management est un mot clé de l'entreprise. Emprunté à l'anglais, il a été accepté par l'Académie française et utilisé à partir des années 50. Il désigne le caractère moderne de l'entreprise ne pouvant plus être dirigée « à la voix et au geste ». Selon R. Aïm¹², « le management se traduit par l'apprentissage d'un ensemble de techniques et de méthodes d'organisation. Il permet à l'entreprise du domaine public ou privé d'atteindre un objectif déterminé en utilisant rationnellement ses moyens techniques, financiers et humains (...) Le management de l'entreprise fait partie de l'un des trois courants de la « science administrative » contemporaine, le courant axé sur la gestion publique ou privée, la « gestilogique » qui assimile l'administration à la gestion ».

Le métier de cadre de santé est donc un métier qui s'est progressivement professionnalisé afin de s'adapter à un contexte sans cesse changeant du fait de l'actualité hospitalière.

1.2 L'impact des réformes hospitalières successives sur le métier

Le contexte de la santé a profondément évolué ces vingt-cinq dernières années. L'abondante production réglementaire a impacté les pratiques professionnelles, en particulier celles des cadres de santé. La loi de 1991¹³ relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite "Loi Evin" marque le début de la régionalisation de l'offre de soins par la mise en place des schémas régionaux d'offre de soins (SROS), dits de première génération. Les cadres de santé sont, pour la première fois, représentés dans la commission de soins

¹² Aïm, R. (2014). La gestion de projet. Issy-les Moulineaux : Gualino.

¹³ Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Récupérée le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

infirmiers, de rééducation et médicotechniques (CSIRMT) comprenant trois collèges, dont un réunissant des cadres.

Puis, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002¹⁴ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît une place à l'usager placé au cœur du système de santé. C'est le début de la démocratie sanitaire et la création de la commission de relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Les rapports changent entre les professionnels et, par ricochet, entre les cadres de santé et l'usager. Il faut dorénavant chercher à recueillir son consentement et s'attacher à respecter sa dignité tout au long de sa prise en soins.

La loi de 2004¹⁵ relative à la politique de santé publique met en exergue la responsabilité de l'Etat en matière de Santé Publique et place les équipes hospitalières au centre des préoccupations pour la santé des usagers. Selon P. Balivet¹⁶, « L'Hôpital participe notamment à l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ; l'information et l'éducation à la santé de la population ; la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics ; la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ; l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et des handicaps ». Les cadres hospitaliers sont sollicités pour contribuer à regagner la confiance des usagers entachée par les scandales sanitaires.

Avec le décret de 2008¹⁷ relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la FPH, le cadre de santé se préoccupe de l'octroi à chaque agent d'un droit individuel de formation (DIF), d'une possibilité de prise en charge d'actions de formation préparant à des examens ou concours ou bien encore l'accès à la validation des acquis et de l'expérience (VAE) issue de la loi de 2002 de modernisation sociale¹⁸. Là encore, les cadres hospitaliers sont placés en première ligne pour inciter les professionnels à se former.

¹⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Récupérée le 17/9/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

¹⁵ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Récupérée le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

¹⁶ Balivet, P. (2009). L'hôpital, acteur central d'une "nouvelle Santé publique" ? *Après-demain*, n ° 12, (4), 9-12. Récupéré le 13/06/2017 sur <http://www.cairn.info/revue-apres-demain-2009-4-page-9.htm>

¹⁷ Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière. Récupéré le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

¹⁸ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale récupérée le 27/07/ 2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

2009 est marquée par la loi du 21 juillet¹⁹ portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ». R. Bachelot, dans son éditorial du document intitulé « les clés pour comprendre » indique que cette loi « institue une territorialisation des politiques de santé et porte une réforme globale qui doit permettre aux institutions et structures de s'adapter aux nouveaux besoins de la population ». Cette réforme se traduit également par une pression grandissante sur les établissements incités à se recomposer pour mieux répondre aux besoins de santé de la population. Les cadres de santé, dans leur action de proximité en charge des organisations, doivent alors accompagner ce nouveau changement. Cette même année, la ministre de la santé et des sports R. Bachelot confie à C. De Singly la mission « cadres hospitaliers »²⁰. Il s'agit de questionner le métier des cadres à l'hôpital, en particulier celui des cadres de santé, impacté par les récentes réformes hospitalières. Faisant écho à celle de la gouvernance hospitalière de 2005²¹ puis à la loi HPST, la ministre argumente sa demande : « nous ne gagnerons le pari de l'efficience dans les établissements publics de santé qu'en y associant pleinement les cadres ». Dans son rapport final, C. De Singly formule 36 propositions autour de 6 axes majeurs.

Plus récemment, la loi de 2016²² vise à moderniser notre système de santé 2016. Elle place la notion de parcours de soins et le développement des collaborations au cœur du dispositif des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Les cadres sont à nouveau impactés dans l'accompagnement qu'ils doivent assurer auprès de professionnels inquiets de ce nouveau périmètre.

Si de nombreuses mesures ont pu être préconisées dans le rapport de C. De Singly, celles-ci ne sont pas forcément suivies de faits généralisés. Certains établissements ont pu s'emparer du sujet. Pourtant, le métier de cadre de santé n'a jamais autant été confronté à un environnement aussi complexe que celui d'aujourd'hui.

1.3 Un exercice à concilier avec un environnement devenu complexe

L'hôpital est confronté à de multiples pressions. Il est face à une complexité grandissante liée à des mutations technologiques, économiques et politiques, ce qui lui impose de revoir son organisation et sa façon de répondre aux besoins sans cesse plus importants d'une

¹⁹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Récupérée le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

²⁰ De Singly, C. (2009). Rapport de la mission cadres hospitaliers. Récupéré le 17/09/2017 sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

²¹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Récupérée le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

²² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Récupérée le 18/09/2017 sur ²³ Boissier. P. (2012). Rapport 2012. L'hôpital. Inspection générale des affaires sociales. Récupéré le 17/09/2017 sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000107.pdf>

population d'usagers toujours plus exigeante et méfiante. Dans son rapport de 2012²³, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) mentionne d'ailleurs que « les établissements de santé doivent allier, en permanence, les préoccupations de gestion et l'exercice d'un professionnalisme de pointe, porteur de lourdes responsabilités. Dès lors, il ne peut y avoir de rupture entre professionnels de santé et gestionnaires : les premiers doivent comprendre l'économie de la structure dans laquelle ils exercent, les seconds doivent avoir toujours présent à l'esprit le fait que la valeur de l'entité qu'ils dirigent est médicale ».

Selon D. Genelot²⁴ « une communauté humaine, qu'il s'agisse d'une entreprise, d'une administration, d'une école, d'une armée, d'une association, réunit toutes les conditions pour être un extraordinaire concentré de complexité. En effet, elle conjugue : la complexité inhérente à la nature humaine des individus qui la composent ; la complexité des relations des hommes entre eux au sein de l'organisation et avec l'organisation ; la complexité générée par la double appartenance des hommes, à la fois acteurs dans l'entreprise et citoyens dans la société et le système politique qui englobent cette entreprise ».

Pour autant que l'on puisse dire que l'hôpital doit faire face à une complexité grandissante, Genelot pose un regard critique sur sa capacité à s'adapter à cette évolution. Il indique que « l'organisation classique ne répond pas à ces impératifs nouveaux d'un environnement de plus en plus complexe. Les vrais enjeux de l'organisation se situent maintenant dans le traitement de l'imprévu, dans la capacité d'innovation et dans l'exploitation de la richesse offerte par la complexité. De même que la stratégie n'est pas la prévision, l'organisation n'est pas la structure ; c'est un processus de transformation permanente, piloté par la stratégie ».

Face à ce constat d'une plus grande complexité, la question est de savoir comment les cadres de santé se sont préparés, adaptés, voire opposés à la question de l'innovation.

Repartons de la notion de compétence et sinon de son évolution, du moins de son maintien.

2 La compétence : notion, déterminants et évaluation

2.1 La notion polysémique de « compétence »

La « compétence » sera ici abordée sous l'angle de la « notion » car elle ne répond pas exactement à la définition scientifique d'un « concept », comme l'indique M. Koebel²⁵: « la différence, quand on se situe dans le champ scientifique, entre notion et concept est que le

²³ Boissier. P. (2012). Rapport 2012. L'hôpital. Inspection générale des affaires sociales. Récupéré le 17/09/2017 sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000107.pdf>

²⁴ Genelot. D. (2017). Manager dans (et avec) la complexité. Paris : Eyrolles

²⁵ Fernagu Houdet, S., Batal, C. (2016). (R)évolution du management des ressources humaines. Des compétences aux capabilités. Villeneuve d'Ascq : Septentrion

premier terme caractérise une polysémie alors que le second fait référence à une définition unique dans une science donnée ».

Le terme de « compétence » fait l'objet de nombreuses définitions reflétant des conceptions fondamentalement divergentes.

Dans son article de 2011 intitulé « la notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences » J.C Coulet²⁶ propose la définition suivante : « une organisation dynamique de l'activité, mobilisée et régulée par un sujet pour faire face à une tâche donnée, dans une situation déterminée ». S'il évoque le modèle de « savoirs, savoir-faire et savoir-être » comme étant encore « largement utilisé », il indique que « l'idée d'une combinatoire de ressources » reste une composante essentielle des différentes définitions. Ainsi, il fait référence à celle donnée par G. Le Boterf²⁷ « l'individu réalise avec compétence des activités en combinant et en mobilisant un double équipement de ressources : des ressources incorporées (connaissances, savoir-faire, qualités personnelles, expérience...) et des réseaux de ressources de son environnement (réseaux professionnels, réseaux documentaires, banques de données...). Il insiste surtout sur la nécessité de « clairement distinguer, d'une part, ce qui relève de la tâche prescrite ainsi que des caractéristiques de la situation dans laquelle elle s'inscrit et, d'autre part, ce qui relève de l'activité du sujet, telle qu'il la déploie pour traiter la tâche effective qu'il se donne, en fonction de sa lecture de la situation ». Enfin, il souligne « qu'il s'avère important de considérer que l'organisation de cette activité s'exprime dans une double dynamique : productive, au regard du résultat qu'elle vise (mobilisation d'un schème) et constructive, quant aux changements cognitifs qu'elle engendre (à travers diverses formes de régulations)». Les compétences se réfèrent toujours à des personnes. Il n'existe pas de compétences sans individus. Les compétences réelles sont des constructions singulières, spécifiques à chacun. Cela ne doit pas pour autant conduire à la conclusion erronée selon laquelle la compétence serait uniquement une affaire individuelle. Toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective.

En matière de gestion des ressources humaines, la compétence s'est répandue de façon significative, modifiant ainsi les rapports entre acteurs amenés à négocier sur le sujet. Comme l'écrit C. Defelix²⁸, « les acteurs de la gestion des ressources humaines dans les organisations ont progressivement intégré la notion de compétence ».

²⁶ Coulet. J.C. (2011). La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. *Le travail humain* (Vol.74), p1-30 Récupéré le 09 juin 2017 de <http://www.cairn.info/>

²⁷ Le Boterf. G. (1999). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris : Eyrolles.

²⁸ Defelix, C. (2005). Définir et reconnaître les compétences des salariés dans les organisations : la négociation invisible. *Négociations*, no 4, p. 7-20. Récupéré le 9/6/2017 sur www.cairn.info/

Il insiste sur la nécessité de recourir à ce terme en adoptant une « saine distance » car il « ne se réduit pas à la mise en œuvre de quelques outils par un manager éclairé, ni à un nouvel effet de domination d'un groupe social sur un autre ». S'appuyant sur les travaux antérieurs de D. Segrestin (2004), il met l'accent sur l'importance « qu'un projet compétences ne peut devenir une vraie innovation managériale que s'il fait l'objet d'une co-construction entre différents acteurs ». Pour lui, « la gestion des compétences représente un changement organisationnel qui, comme toute instrumentation de gestion, ne peut progresser et être objet d'appropriation que par négociation, formelle et/ou informelle, entre les parties prenantes que sont les maîtres d'ouvrage (les directions), les maîtres d'œuvre (les services ressources humaines) et les maîtres d'usage (les hiérarchiques, les salariés et leurs représentants) ». Citant P. Zarifian, C. Defelix conclut que « le modèle de la compétence restera, quoi qu'il en soit, et comme tout modèle de la qualification professionnelle, un compromis entre le point de vue des salariés et celui des directions ».

Le terme de « compétence » est aujourd'hui commun dans le champ de la formation. C'est sans doute le résultat d'une série de recherches en France à la fin des années 1980, notamment avec les travaux de B. Courtois²⁹ sur la « formation expérientielle ». Elle met en évidence la dimension formatrice de l'expérience : « se former par l'expérience ne permet pas seulement d'identifier et de mettre en œuvre des compétences et du savoir acquis dans des situations de vie mais aussi d'examiner la manière dont l'expérience construit l'auteur comme personne, acteur social, historique, culturel », insistant de fait sur les impacts multiples de l'expérience, en particulier en matière identitaire. L'apprentissage est envisageable dès lors que la personne se trouve en situation « apprenante », qu'elle soit formelle ou informelle. La réingénierie des formations paramédicales engagée à la suite des accords de Bologne en 1999 sur le système Licence-Master-Doctorat (LMD) a d'ailleurs été influencée par ce modèle pour donner naissance à des référentiels de formation déclinés en « référentiels de compétences ».

Au-delà d'un essai de définition, la question est aussi de savoir ce qui peut concourir à devenir ou rester compétent et donc, de s'intéresser aux déterminants de la compétence.

2.2 Les déterminants de la compétence

Pour effectuer un travail réel, le cadre de santé n'échappe pas à la règle selon laquelle de nombreux facteurs vont entrer en compte pour parvenir à répondre au travail prescrit.

G. Le Boterf³⁰ nous dit que « si la compétence résulte nécessairement d'une construction et d'un engagement personnel, cela ne signifie pas que l'individu est seul responsable de la

²⁹ Courtois B., Pineau G. et al. (1991). *La formation expérientielle des adultes*. Documentation Française. Récupéré le 13/06/2017 sur <http://llearning.free-h.net/A-GRAF/recherche/experien.htm>

³⁰ *ibid* 27

production d'une action compétente. Résultant d'un savoir agir, d'un vouloir agir et d'un pouvoir agir, la production d'une action compétente relève d'une responsabilité partagée entre la personne elle-même, le management, le contexte de travail (organisation du travail, conditions de travail, moyens, système de classification et de rémunération...) et le dispositif de formation. La motivation et le contexte sont aussi importants que la disposition à savoir agir ». L'action est donc à la fois guidée par la motivation, les savoirs et la possibilité à agir dans un environnement donné. Plusieurs déterminants entrent en jeu : des déterminants internes et des déterminants externes.

Parmi les déterminants internes : l'autonomie, la motivation, l'engagement et l'implication entrent en jeu. Selon Larousse³¹, l'autonomie s'entend comme « la capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui ; caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose ». Si l'autonomie est devenue un maître mot et un objectif pour les professionnels, elle progresse aussi dans l'approche des capacités accordées aux personnes en état de vulnérabilité, comme c'est le cas pour la personne soignée. C'est ce que P. Svandra³² nomme « la capacité de chacun à pouvoir transformer les libertés abstraites en opportunités réelles. Il devient ainsi possible de penser la maladie ou le handicap comme des manques de « capacités élémentaires », de « capacités de base ».

Outre l'autonomie, la motivation semble essentielle pour s'engager dans l'action et ainsi « vouloir agir ». Selon R. Vallerand et E. Thill³³, « le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement ». Selon P. Carré³⁴, « toute motivation est interne. Elle peut être fortement contrainte mais il est toujours possible de dire « non ». La motivation est intrinsèque lorsqu'il y a une notion de plaisir à l'action. Elle est extrinsèque lorsque l'apprenant a des raisons de se motiver ».

Pour lui, le processus de motivation suit quatre étapes : « le déclenchement, la direction, l'intensité et la persévérance ». Cet auteur identifie les critères qui relativisent le côté motivé de l'individu quelles que soient les circonstances. Certains de ces critères sont intrinsèques (âge, catégorie socio-professionnelle (CSP), niveau de diplôme) quand d'autres sont plutôt extrinsèques (secteur d'activité ou taille de l'entreprise). D'ailleurs, pour P. Bourdieu³⁵, ce sont les conditions sociologiques qui influencent la motivation tout au long de la vie. Elles vont impacter la marge de manœuvre à développer ses motivations ou non.

³¹ Récupérée le 27 /07/2017 de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

³² Svandra, P. (2007). L'autonomie comme expression des « capacités ». *Ethique et santé*, 4, 74-77.

³³ Vallerand, R. & Thill, E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Paris : Vigot

³⁴ Carré, P. (2005). L'apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir. Paris, France : Dunod.

³⁵ Bourdieu, P. (1987). Espace social et pouvoir symbolique. Paris : Minuit.

Les déterminants externes sont plutôt issus du contexte à partir d'éléments d'ordre politique, démographique, économique, social, ou bien encore technique/technologique. Le périmètre des responsabilités du cadre est déterminant sur sa capacité à faire face aux situations qu'il rencontre. Le nombre de lits, le nombre de personnels, l'octroi de missions transversales supplémentaires aux responsabilités d'un ou de plusieurs services sont autant de critères à prendre en compte dans la charge de travail du cadre et dans l'éventail des compétences exigées de la part de sa hiérarchie.

Dans les déterminants externes figure aussi le soutien apporté aux cadres. S. Haefliger³⁶ plaide pour un « management humaniste, qui donne une chance à tous les collaborateurs peinant à répondre strictement aux critères organisationnels ». Il insiste sur l'importance d'un « soutien réel que l'organisation peut apporter aux collaborateurs ». Pour lui, le « management humaniste serait donc celui qui ne se contente pas simplement de gérer des ressources humaines, mais qui passe un pacte de collaboration constructif avec ses collaborateurs ». Si cette vision peut convaincre assez facilement sur un plan théorique, force est de constater que chaque cadre ne bénéficie pas toujours de cette approche humaniste pourtant attendue de manière à se sentir reconnu, utile et s'investir pleinement dans les projets de l'Institution.

Le soutien attendu par les cadres peut également relever de la capacité des fonctions support à leur fournir les aides nécessaires pour atteindre les objectifs qui leur sont fixés. Ainsi, R. Aïm³⁷ empruntant à H. Mintzberg son modèle des sept types de structure organisationnelle, évoque l'importance du support logistique de la structure dans « l'organisation professionnelle ». Le soutien peut aussi s'envisager en termes d'autonomie laissée par la structure pour innover, inventer, créer. Ce type d'organisation répond au nom « d'adhocratie » et se développe dans des environnements complexes et dynamiques, ce qui caractérise, en partie, le milieu hospitalier.

La qualité du dialogue social et le souci d'une amélioration de la QVT dans l'établissement constituent, en outre, des déterminants externes au développement des compétences des cadres. Le réseau ANACT-ARACT³⁸ met d'ailleurs en avant l'importance d'un « partenariat social » en termes de qualité de concertation, de dialogue social pour concourir à la qualité de vie au travail (QVT). Le « soutien managérial » en termes de clarté des objectifs, reconnaissance fait également partie des conditions de son développement ainsi que le

³⁶ Haefliger, S. (2017). DRH et manager, levez-vous ! Vie et mort des organisations. Cormelles-le-Royal : EMS Management et Société.

³⁷ ibid 12

³⁸ Réseau ANACT-ARACT. 10 questions sur la QVT. Récupéré le 28/07/2017 sur <https://www.anact.fr>

« soutien des collectifs » en termes de solidarité métier, travail en équipe. C'est par exemple le cas du soutien potentiellement apporté à un collectif de cadres.

Toutefois, si les déterminants préalablement cités plaident plutôt en faveur du développement des compétences, ils sont à mettre en parallèle avec la place que représente aujourd'hui le travail dans notre société. Les sphères personnelle et professionnelle sont devenues plus poreuses et inter pénétrables, comme l'atteste l'omniprésence des smartphones dans notre quotidien, témoin de notre envie irrésistible de répondre « ici et maintenant » à toute sollicitation, quelle qu'en soit la nature.

Le regard des sociologues sur l'évolution de la place du travail nous renseigne sur cette transformation. Selon F. Piotet³⁹ citant la philosophe D. Meda, « la place accordée au travail comme expérience sociale centrale » est remise en cause. « La vraie vie et la richesse sont aussi à trouver ailleurs que dans le travail et dans ses fruits, dans la participation aux affaires de la cité et au développement de la sociabilité ». Pour autant que la question puisse paraître très politique, elle indique que « cela ne repose pas sur un constat d'une désaffection à l'égard du travail que ne confirme aucune donnée d'enquêtes, au contraire. Tous les travaux de recherche, et notamment ceux qui concernent les chômeurs, soulignent combien le travail demeure une « expérience sociale centrale », ce qui ne veut pas dire que cette expérience, comme toute expérience sociale, ne porte pas en elle bien des contradictions et qu'elle n'ait pas profondément changé au fil du temps. »

Alors que la notion de compétence est subtile et soumise à l'influence de déterminants, la FPH cherche pourtant à évaluer le niveau des agents, et donc celui des cadres. Comment cela se pratique cette évaluation ?

2.3 L'évaluation des compétences

Conformément à l'arrêté de 1959⁴⁰, les fonctionnaires sont évalués tout au long de leur carrière professionnelle. Cette évaluation prend la forme d'une note et d'une appréciation générale, sensées refléter la valeur professionnelle de l'agent. La notation administrative est versée au dossier individuel. Elle est prise en compte pour les avancements de carrière, avancements d'échelon et de grade et la promotion interne.

³⁹ Piotet. F. (2005). La sociologie du travail depuis Georges Friedmann. Récupéré le 18/09/2017 sur <http://ses.ens-lyon.fr/articles/la-sociologie-du-travail-depuis-georges-friedmann-25443>

⁴⁰ Arrêté du 6 mai 1959 relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics. Récupéré le 18/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Toutefois, le décret de 2010⁴¹ instaure à titre expérimental un entretien annuel d'évaluation pour les agents de la FPH. Entre 2011 et 2013 certains EPS volontaires expérimentent la mise en place d'un entretien professionnel⁴² pour les personnes non médicales (hors direction et direction de soins) afin de tenter de passer d'une logique de notation à une logique d'évaluation. Cette modalité est prévue pour « permettre d'analyser les résultats professionnels de l'année de référence, d'évaluer les compétences professionnelles, en tenant compte du contexte professionnel et personnel de l'agent, ainsi que des moyens mis à disposition pour atteindre les objectifs fixés à l'année n-1 ».

Le bilan de cette expérimentation conduit à la publication d'un guide par l'ANAP⁴³ en 2011 sur la façon de conduire un entretien professionnel.

L'évaluation des compétences est une des étapes du processus de gestion des compétences. Selon L. Van Beirendonck⁴⁴, « la gestion des compétences se définit comme un ensemble d'activités destinées à exploiter et développer de manière optimale les compétences des individus et des groupes, dans le but de réaliser la mission de l'entreprise et d'améliorer les performances des collaborateurs ». Pour cet auteur, « la gestion des compétences n'est pas uniquement un concept. Elle s'applique dans la pratique : nos activités ne doivent pas seulement être justifiées scientifiquement, elles doivent aussi avoir un point d'appui dans l'entreprise. (...) Il est fondamental de s'attacher à l'essence de la gestion de compétences et de développer un système utile et opérationnel. Un système trop complexe met en danger sa propre continuité ».

Il y a donc une utilité à ancrer la gestion des compétences dans la réalité de l'activité des cadres. Parler d'évaluation de leurs compétences nécessite une méthodologie connue et comprise par tous. Pourtant, la méthodologie reste aléatoire selon l'établissement. Le constat de l'ANAP est sans appel : « l'évaluation professionnelle en milieu hospitalier est encore souvent réduite à une formalité administrative, et limitée à la notation obligatoire pour les établissements publics. Pour la plupart des établissements de santé, l'évaluation en tant qu'échange privilégié entre l'agent et son encadrant hiérarchique direct est à encourager ». La part de la gestion administrative du personnel sur la partie développement des ressources humaines est aujourd'hui encore très privilégiée dans les établissements de

⁴¹ Décret n° 2010-1153 du 29 septembre 2010 portant application de l'article 65-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Récupéré le 18/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

⁴² Circulaire DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière. Récupérée le 18/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

⁴³ ANAP. (2011). Améliorer la gestion des ressources humaines. Evaluation professionnelle du personnel non médical. Recueil de pratiques observées. Récupéré le 18/09/2017 sur <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-evaluation-professionnelle-du-personnel-non-medical/>

⁴⁴ Van Beirendonck, L. (2006). Tous compétents ! Le management des compétences dans l'entreprise. Bruxelles: De Boeck.

santé. Les activités prioritairement menées concernent l'établissement de la paie, la gestion du temps de travail, la gestion de l'absentéisme, la notation et l'évolution des carrières.

Ce qui concerne la politique de formation et de gestion des compétences, la politique d'évaluation, la politique d'emploi, la politique d'organisation et de conditions de travail mais aussi la politique de participation et d'implication reste minoritaire.

Pourtant, si l'approche reste très centrée sur l'aspect administratif, les enjeux du développement des compétences des cadres de santé sont importants et interrogent les choix et la stratégie des acteurs en charge des personnels d'encadrement.

3 Les enjeux et les moyens pour agir : une question stratégique

3.1 Les enjeux du développement des compétences

S'intéresser au développement des compétences des cadres répond à de multiples enjeux. Cela permet non seulement de doter l'établissement de moyens pour faire face à une forte pression économique et sociale mais aussi au cadre de se réaliser dans son projet professionnel.

D'un point de vue économique, la compétence interroge directement la notion d'employabilité du professionnel et celle de compétitivité de l'entreprise. Devant des objectifs toujours plus accrus d'atteinte de performance, l'exigence de disposer d'un bon niveau de compétences est prégnante tant pour les directions que pour les personnes chargées d'encadrement. La question se pose en termes de maîtrise d'une combinaison de savoirs qu'il s'agira de mettre en œuvre devant des situations dont le caractère complexe tend à s'intensifier. Toutefois, seules les manifestations observables dans l'activité peuvent permettre de faire l'hypothèse que la personne a su combiner les savoirs utiles pour être qualifiée « compétente ».

D'un point de vue social, la question se pose en termes de modalités d'évaluation des compétences, l'évolution professionnelle et les conditions de l'exercice professionnel. S'agissant des modalités d'évaluation, P. Zarifian⁴⁵ évoque la tendance et le danger suscité par une évaluation centrée sur des objectifs : « la hiérarchie fixe, à chaque salarié ou à une équipe, des objectifs de performance et évalue, au bout d'un temps défini, le résultat atteint par rapport aux objectifs assignés. Entre les deux, le contrôle disciplinaire disparaît et donc la hiérarchie reconnaît les espaces d'autonomie et de prise d'initiatives. Ce contrôle par objectifs/résultats s'apparente à un contrôle par élastique : le salarié dispose d'une assez

⁴⁵ Zarifian. P. (2003). A quoi sert le travail ?, Paris : La Dispute.

large liberté de mouvement et de prise de décision pour affronter les situations qu'il rencontre. Il peut tirer sur l'élastique qui le lie à sa hiérarchie. Mais arrive un moment où s'exerce une force de rappel : le moment où il doit (au bout d'une journée, d'un mois, voire d'une année, suivant le rythme des contrôles) « rendre des comptes » sur les résultats qu'on attend de lui ».

Enfin, la soutenabilité des conditions de l'exercice professionnel vient questionner la qualité de vie au travail. Dans le préambule de l'accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail et sur l'égalité professionnelle (ANI QVT-EP) du 19 juin 2013⁴⁶, la qualité de vie au travail « désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment. De ce fait, la question du travail fait partie intégrante des objectifs stratégiques de l'entreprise et doit être prise en compte dans son fonctionnement quotidien afin, notamment, d'anticiper les conséquences des mutations économiques ». Le réseau ANACT-ARACT⁴⁷ indique que « l'engagement dans le travail et l'entreprise est à la source des gains de performance et de l'innovation. Cet engagement dépend de plusieurs conditions : contenu du travail, opportunités de développement professionnel, qualité du management, de la satisfaction des clients ou usagers ainsi que d'un bon fonctionnement de l'entreprise. Concevoir de telles conditions de manière pérenne suppose de les inscrire à l'agenda stratégique et dans les projets techniques, sociaux et organisationnels de l'entreprise. » Ainsi, le développement des compétences concourt-il, lui aussi, à la qualité de vie au travail, sujet occupant particulièrement le débat politique et social actuel.

Si les enjeux sont incontestablement nombreux face au sujet du développement des compétences des cadres, la question porte à présent sur les moyens de les développer et sur les acteurs à mobiliser pour y parvenir.

3.2 Les moyens existants et les acteurs clés

3.2.1 Le projet d'établissement et ses déclinaisons

La loi de 1991 portant réforme hospitalière⁴⁸ impose l'élaboration d'un projet d'établissement et sa déclinaison dans un projet médical d'établissement, un projet des soins infirmiers et des projets de service.

⁴⁶ Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social conventions collectives. Accord national interprofessionnel qualité de vie au travail. Récupéré le 28/07/ 2017 de <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

⁴⁷ Ibid 38

⁴⁸ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Récupérée le 28/07/2017 de <https://www.legifrance.gouv.fr>

L'exigence d'un projet social est plus tardive : elle voit sa consécration au travers du protocole d'accord du 14 mars 2000 relatif à la modernisation du service public hospitalier à partir de valeurs fortes et partagées émanant d'une négociation interne. C'est la loi de modernisation sociale de 2002⁴⁹, qui le rend obligatoire précisant la portée de son programme : la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels (VAP), fruit d'une négociation avec les organisations syndicales représentatives des établissements.

Dans son avant-propos dans le guide méthodologique d'élaboration, de négociation et de suivi du projet social destiné aux établissements de santé⁵⁰, E. Couty mentionne que le « projet social fait partie intégrante du projet d'établissement, et constitue ainsi une innovation dont la portée sera considérable pour les établissements. En effet, élaboré dans la concertation avec l'ensemble des personnels et négocié avec les partenaires sociaux, il permet à chaque établissement de définir clairement sa politique de développement social et de fédérer l'ensemble des personnels autour d'objectifs communs dans une culture d'établissement partagée. Il est par conséquent un outil incontournable de la réussite du projet d'établissement ».

Comme l'indique le Code de la santé Publique (CSP)⁵¹ : « Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement. Le comité technique d'établissement (CTE) est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme ».

Le protocole d'accord du 14 mars 2000 indique qu'il faut préconiser l'élaboration du projet social dans un esprit de concertation avec l'ensemble des personnels.

Le projet médical est issu du texte de 1991 mais ne bénéficie que d'une approche généraliste pour sa présentation. L'article L. 714-16 du CSP le décrit ainsi : « le projet médical définit, pour une durée maximale de 5 ans, les objectifs médicaux compatibles avec

⁴⁹ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Récupérée le 28/07/2017 de <https://www.legifrance.gouv.fr>

⁵⁰ Couty, E. *Guide méthodologique d'élaboration, de négociation et de suivi du projet social*. Récupéré le 23/05/2017 de <http://social-sante.gouv.fr>

⁵¹ Code de la santé publique. Article L6143-2-1. Récupéré le 23/05/2017 de <https://www.legifrance.gouv.fr>

⁵² Ibid 2

les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ». La loi de 2016⁵² vient préciser ce projet dans une approche territorialisée entre établissements publics à travers « le projet médical partagé » (PMP) qui prend parfois la forme d'un « projet médico-soignant partagé » (PMSP) sur le GHT.

Le projet de soins apparaît dans le décret de 2002⁵³ où il est fait mention que le DS « élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques, en cohérence avec le projet médical, et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ».

Avec l'entrée dans les GHT, le projet de soins local disparaît souvent pour faire place à un projet de soins partagé (PSP) construit en cohérence avec le PMP. La DGOS⁵⁴ préconise d'ailleurs en 2017 des idées pour aborder la méthodologie de rédaction de ce projet.

Si les différents projets réglementairement encadrés par une obligation légale constituent des leviers sur lesquels une politique d'accompagnement des compétences des cadres peut s'appuyer, d'autres ressources existent, en particulier en matière de formation initiale et continue.

3.2.2 La formation initiale et continue des cadres de santé

Depuis les accords de Bologne, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a engagé un travail de réflexion sur les métiers de la santé dans le cadre de la réingénierie des diplômes des professionnels de santé selon une même logique nationale : décrire un référentiel d'activité, un référentiel de compétences pour ensuite proposer un nouveau référentiel de formation. Même si cette réingénierie n'est pas encore aujourd'hui aboutie pour la formation des CS, le groupe a pu identifier sept activités principales pour un cadre actuellement en fonction. D'ailleurs, certains IFCS les mentionnent, dans leur projet pédagogique, ceci pour permettre aux futurs cadres de s'auto évaluer. La proposition de ce groupe de travail se caractérise par une distinction des activités des cadres de santé entre le domaine de la gestion et celui de la formation.

En ce qui concerne le domaine de la gestion, les activités retenues sont :

- Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités
- Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles
- Gestion et développement des compétences

⁵² Ibid 2

⁵³ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Récupéré le 28/07/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

⁵⁴ DGOS (2017).GHT. Idées clés pour le projet de soins partagé. Récupéré le 18/09/2017 sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_idees_cles_psp_2017.pdf

- Animation de la démarche qualité et gestion des risques
- Mise en place et animation de projets
- Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation

Pour le domaine de la formation, l'activité du cadre de santé s'articule autour des activités suivantes :

- Conception, organisation, gestion et coordination des dispositifs de formation professionnelle initiale et continue, en soins et en santé
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources pour un dispositif de formation
- Réalisation de prestations d'enseignement et de formation auprès des étudiants et des professionnels en soins et en santé
- Accompagnement de la personne dans son projet de formation
- Animation de la démarche qualité de la formation
- Mise en place et animation de projets
- Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation

Si ces activités proposées par la DGOS sont restées sans suite d'un nouveau référentiel de formation, elles servent aux IFCS pour élaborer leur dispositif pédagogique et pour adapter les contenus de formation initiale. Le contexte auquel le CS est confronté change.

Ses compétences sont re questionnées. Pour M. Imbert⁵⁵, « des compétences clés seront sollicitées en plus de l'excellence technique dans son métier ou même de nouvelles techniques à acquérir : leadership, créativité, efficacité relationnelle, capacité à coopérer, esprit de décision et d'initiative ». Pour cet auteur, « les managers sont doublement sollicités pour accompagner les transformations : ils ont à embarquer les équipes dans la dynamique de changement souhaité et vivre pour eux-mêmes un travail de transformation personnelle visant à intégrer le changement ». F. Mispelblom Beyer⁵⁶ va même jusqu'à parler de « débrouille » lorsqu'il décrit le travail des managers tant ils doivent composer avec « les contraintes imposées par leurs dirigeants et celles représentées par ceux qu'ils encadrent ».

Il paraît donc utile de se poser la question des conditions pouvant contribuer à la réussite de ces mutations, même si la maîtrise de leur rythme et de leur forme semble illusoire. L'innovation passe par la capacité des dirigeants, et donc du DS à mettre en place les facteurs d'un environnement capacitant et apprenant pour tendre vers davantage de compétences.

⁵⁵ Imbert, M. (2015). La communication managériale. Méthodes et bonnes pratiques. Paris : Dunod

⁵⁶ Mispelblom Beyer, F. (2015). Encadrer, un métier impossible ? Paris : Dunod

3.2.3 Les acteurs incontournables du développement des compétences

Le chef d'établissement est un véritable « chef d'orchestre ». Muni du projet d'établissement, il lui revient la responsabilité d'impulser une politique qu'il décide de défendre en y associant ses collaborateurs.

Parmi eux, le DRH et le DS sont directement concernés par le sujet du développement des compétences des cadres. Donneurs d'ordres à l'échelle institutionnelle, leurs décisions impactent le quotidien du CS.

Les représentants du personnel (RP) sont également importants dans la FPH. Outre leur rôle au sein des instances consultatives (CAP, CCP, CT, CHSCT,...) à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière, à l'organisation et au fonctionnement des services publics, à l'élaboration des règles statutaires, ils sont attentifs et impliqués notamment lors de l'élaboration du plan de formation pour l'année n+1. Le plan de formation concerne un grand nombre d'acteurs, en particulier le cadre qui recueille les besoins, le CDP qui arbitre avec le chef de pôle les priorités sur le pôle, les RP qui votent la recevabilité du plan prévisionnel et la stratégie de son élaboration.

Parmi les acteurs potentiellement concernés par le sujet, figure également le collectif cadres. Comme l'écrit D. Durantau⁵⁷ : « Le modèle de l'école interactionniste en psychologie sociale de Bales (1950) et celui de l'école des relations humaines ont été les précurseurs de l'intérêt porté aux collectifs de travail. De nos jours, nous oublions le modèle taylorien, pour des raisons économiques, idéologiques, organisationnelles et juridiques pour passer sur des modèles collectifs (surtout au niveau de l'industrie) où les activités de travail s'enrichissent de l'expertise du domaine résultant d'un travail de groupe, et non plus détenue par un seul individu ». Les CS s'orientent eux-aussi vers la constitution de collectifs pour porter leur voix auprès des directions et rompre l'isolement dont certains se font l'écho. S'il n'existe pas de texte réglementant ces collectifs, les modalités de sa constitution et de son renouvellement sont variables. Son existence traduit néanmoins une évolution vers une démarche plus collective et plus cohésive des cadres, toutes filières confondues.

Mais si les acteurs sont assez bien repérables, les moyens pour accompagner le développement des compétences sont-ils mis en place ? Si des préconisations ont pu être formulées par le passé, la réalité ne reflète pas toujours des avancées. C'est ce qui me conduit à la réalisation d'une enquête.

ENQUÊTE ET RÉSULTATS

⁵⁷ Durantau. D. (2014). Le collectif cadre : de la solitude à la solidarité. Travail de mémoire. IFCS CHU Bordeaux. Récupéré le 18/09/2017 sur <https://www.cadredesante.com/pdf/memoire-cds-david-durantau.pdf>

4 Le choix d'une enquête mixte et ses modalités

Pour tenter de trouver des réponses aux questions que je me posais en démarrant ce mémoire, j'ai envisagé de mener une enquête mixte à partir, d'une part, une approche quantitative auprès des CS et FFCS dans un centre hospitalier de taille moyenne en région. D'autre part, j'ai choisi une approche qualitative utilisant l'outil de l'entretien semi directif auprès d'une population cible composée des « donneurs d'ordres », à savoir : un DRH, un coordonnateur général des soins (CGS) , un directeur des soins d'instituts de formation (DSF), mais aussi deux chefs de service choisis sur des critères de service à forte et faible mobilité des cadres. J'envisageais également de m'entretenir avec deux cadres de pôle (CDP) : un sur le pôle où la mobilité est la plus forte et un sur le pôle où la mobilité des cadres de santé est la plus faible. Pour finir, la partie de l'enquête qualitative devait me conduire à m'adresser à un responsable de formation continue (RFC) dans sa contribution de l'élaboration des dispositifs d'accompagnement des cadres ainsi qu'à un représentant du personnel (RP) choisi sur le critère de sa mission de secrétaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Au total, j'ambitionnais de réaliser neuf entretiens.

Pour des raisons de faisabilité de l'enquête de ce mémoire dans le temps imparti, j'ai choisi de réaliser l'ensemble de l'exploration durant mon deuxième stage de la formation. L'établissement de santé dans lequel s'est réalisée l'enquête est un centre hospitalier (CH) qui compte 896 lits et places. Il emploie 1960 personnes de la filière non médicale et 241 personnes de la filière médicale. Il propose diverses spécialités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ainsi qu'un service d'urgences, un de réanimation, un de soins de suite et de réadaptation (SSR), un de psychiatrie, deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et une unité de soins de longue durée (USLD). Sont adossés à ce centre hospitalier un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ainsi qu'un institut de formation aide-soignant (IFAS).

4.1 Les objectifs

En réalisant une enquête mixte, les objectifs poursuivis étaient différents selon l'approche envisagée. Au niveau des cadres de santé et FFCS, les objectifs visés consistaient à :

- repérer les principales activités conduites par les cadres de santé, en référence aux activités listées par le travail de groupe de la DGOS dans le contexte de réingénierie de la formation
- recueillir les représentations des répondants sur la notion de « compétence »
- identifier les compétences estimées majoritairement sollicitées et celles manquantes pour l'activité du quotidien

- repérer le niveau et du type de formation diplômante atteint par la population cible
- repérer si la fonction de CS (ou FFCS) fait l'objet de fiches de poste
- mesurer le niveau de satisfaction des répondants vis-à-vis des directions ayant pour mission de soutenir le développement des compétences (DRH/DSIRMT), en particulier en matière de liens, de communication, de climat de confiance, de soutien, d'offre de formation, et sur les modalités d'évaluation de leur pratique managériale.

Le questionnaire a été adressé par courriel le 23 mai 2017 à l'ensemble des CS et personnes en situation de FFCS dans l'ensemble du centre hospitalier. L'envoi a également concerné les équipes pédagogiques des instituts de formation (IFSI et l'FAS) rattachés au CH. L'accès à une liste d'envoi disponible en version informatique a permis de diffuser le questionnaire à l'ensemble des personnes. Cette enquête a été réalisée via un questionnaire en ligne créé sous GOOGLE FORMS ®. Elle s'est achevée le 6 juin au soir, soit quinze jours plus tard. L'outil proposé était composé de vingt-quatre questions. Il était accompagné d'un message garantissant l'anonymat des réponses. Il figure en annexe 1.

Au niveau des donneurs d'ordres, les objectifs concernant l'approche qualitative, il s'agissait de recueillir des opinions, des représentations, du vécu vis-à-vis du développement des compétences des cadres et des FFCS. Les questions ont pu être posées un peu différemment selon l'acteur mais les thèmes systématiquement abordés avec chacun des acteurs ont été relatifs :

- à l'estimation du niveau de compétences des cadres de l'établissement
- aux attentes et à la vision du rôle des cadres de santé et FFCS dans l'Institution
- au rôle et aux actions (stratégiques et opérationnelles) du répondant pour développer les compétences des cadres et FFCS

Leur niveau d'intérêt pour le sujet était également recherché, à la fois de façon directe et indirecte. Ainsi, le tableau récapitulatif à la fois les objectifs visés et les questions posées à chaque répondant figure en annexe 2.

4.2 Les limites de l'étude

Pour obtenir un taux de réponse suffisamment représentatif à l'enquête par questionnaire, il m'a fallu relancer la population cible une semaine après le lancement de l'enquête. De plus, ma présence en stage de façon concomitante à l'enquête a pu représenter un frein dans la liberté d'expression. Par souci de faisabilité, l'enquête n'a porté que sur un seul EPS. Il aurait été intéressant de pouvoir élargir l'échantillon à d'autres EPS et de pouvoir éventuellement comparer les stratégies managériales entre établissements.

Toutefois, la comparaison entre les réponses apportées lors de l'exploration initiale de la problématique lors du stage 1 avec celle du stage 2 a permis d'identifier deux approches très différentes du sujet.

Les questions proposées dans le questionnaire ont été essentiellement formulées de façon fermée, ceci pour rendre l'exploitation réalisable dans une approche se voulant quantitative. Toutefois, des entretiens individuels avec des CS auraient peut-être apporté des éclairages supplémentaires face à des réponses parfois difficiles à interpréter. Des échanges informels ont pu avoir lieu durant mon stage, m'apportant ainsi des compléments d'informations aux réponses formulées en ligne. Le nombre d'acteurs rencontrés dans le cadre de l'approche qualitative aurait pu être plus important, en particulier en élargissant les donneurs d'ordres aux chefs d'établissement.

5 Résultats de l'enquête quantitative

5.1 Le profil de l'échantillon

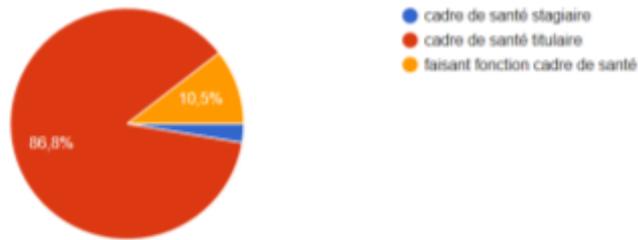
L'enquête par questionnaire a donné lieu à 38 réponses sur un collectif de 57 cadres de santé et/ou FFCS, aussi bien issus de la gestion que de la formation.

Le taux de réponse global est donc de 66%, atteignant même près de 70% pour les répondants en gestion. Au moment de cette enquête, le nombre de cadres dans le périmètre de la gestion et de la formation est le suivant :

nombre de CS en gestion	28
nombre de FFCS en gestion	6
nombre de CS en formation	18
nombre de FFCS en formation	3
nombre de CSS assurant en sus mission CS	2
nombre moyen de soignants à gérer par CS	36
nombre moyen de soignants à gérer par FFCS	31

Sans surprise, les femmes sont ici les plus représentées avec 89,5 % des réponses. S'agissant de leur statut, une large majorité est titulaire. Seuls 10.5 % de l'échantillon font fonction, ceci correspondant à 6 personnes en gestion et 3 en formation lors de l'enquête.

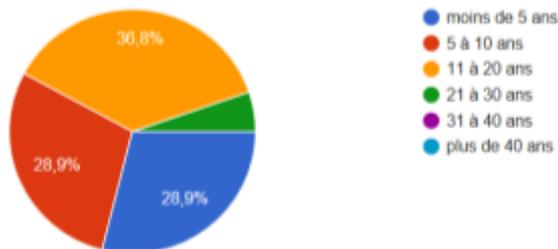
Vous êtes :



Ils sont plutôt "jeunes" dans la profession de cadre car plus de 57% occupent la fonction depuis moins de 10 ans, comme l'indique ce graphique :

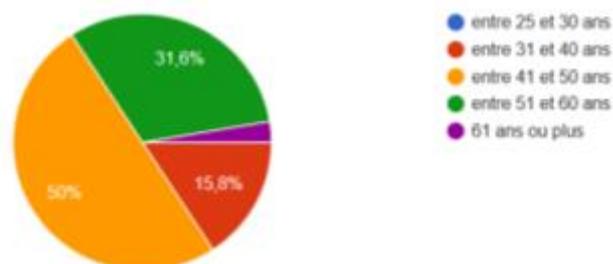
N°3 (ancienneté) - Vous êtes cadre de santé (ou FFCS) depuis :

38 réponses



S'ils sont "jeunes" dans la fonction, ils ont déjà avancé dans leur carrière : 50 % d'entre eux ont entre 41 et 50 ans, et plus de 31 % ont entre 51 ans et 60 ans. L'exigence d'un parcours soignant préalable à cette fonction explique ce résultat.

Vous avez :



Près de 58 % des réponses témoignent d'un parcours professionnel dans différents EPS. Ils sont cependant près de 40 % à indiquer un parcours totalement réalisé au sein de ce seul établissement de santé. Les parcours variés associant à la fois une période en secteur privé et en secteur public de santé sont rares.

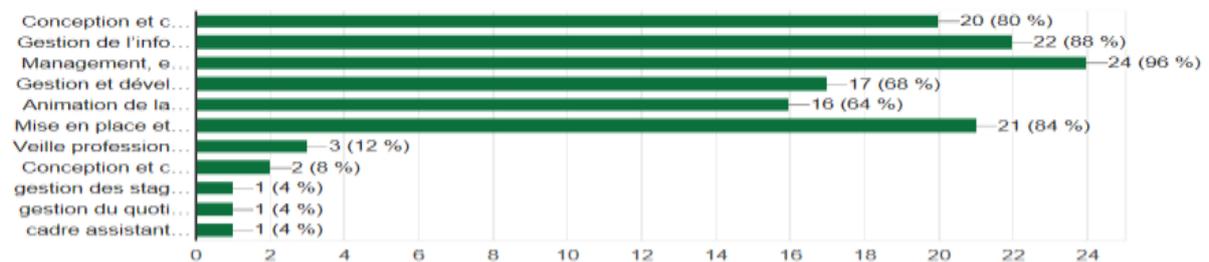
Près de 66 % (n=24) des répondants se déclarent exercer en gestion quand plus de 34 % (n=12) sont positionnés en formation. Les personnes placées en situation transversale ont choisi l'un ou l'autre versant de la fonction selon qu'ils considéraient leur temps principalement dédié au secteur en question.

5.2 Les activités des cadres en gestion

Comme le montre le graphique suivant, 96% des cadres en gestion considèrent que « le management, l'encadrement et l'animation des équipes pluri professionnelles » comme leur activité principale. Puis viennent « la gestion de l'information, des moyens, et des ressources du secteur d'activité » et « la conception et la coordination des organisations de soins et des prestations associées ». « La mise en place et l'animation de projet » les mobilisent souvent pour 84 % d'entre eux. « La veille professionnelle » représente une activité prioritaire pour seulement 12 % de l'échantillon.

N°8 (Uniquement si vous exercez en gestion) indiquer vos activités principalement menées au quotidien (choix multiple possible) :

25 réponses



Certaines réponses libres ont été ajoutées telles que : « la gestion des stagiaires hors IFSI et la participation à plusieurs groupes de travail », « la gestion du quotidien » ou encore « cadre assistant pôle ». Ces réponses témoignent sans doute d'une difficulté d'appropriation des activités telles qu'elles sont envisagées par la DGOS dans son exercice de réingénierie de la formation. Trois commentaires complètent cette pré liste : une « résolution de problématiques pratico-pratiques », « des actions de formation pédagogique » et une déclinaison des activités liées à la mission d'un CDP. Il est à noter que quatre des cinq cadres de pôles de cet établissement ont encore en charge un encadrement de proximité en sus de leurs missions à l'échelle du pôle.

Ceci explique qu'ils se soient parfois sentis concernés par le remplissage de ce questionnaire malgré le message d'accompagnement ciblant les CS et les FFCS.

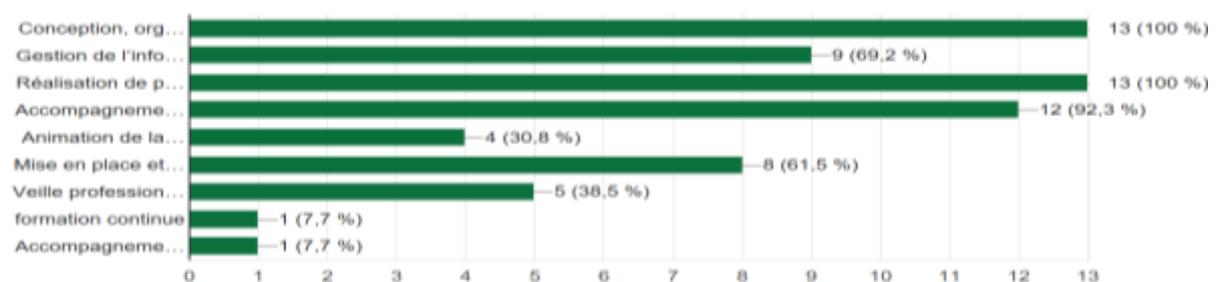
5.3 Les activités des cadres en formation

Sans surprise, deux activités obtiennent ici 100 % des réponses : « la conception, l'organisation, la gestion et la coordination des dispositifs de formation professionnelle initiale et continue, en soins et en santé » et « la réalisation de prestations d'enseignement et de formation auprès des étudiants et des professionnels en soins et en santé ». Vient ensuite « l'accompagnement de la personne dans son projet de formation » pour plus de 92 % des répondants. La « gestion de l'information, des moyens et des ressources pour un dispositif de formation » est citée pour plus de 69 % des répondants devant « la mise en place et l'animation de projet » pour 61,5 %.

Comme pour les cadres en gestion, la « veille professionnelle » et « l'animation de la démarche qualité de la formation » se situent en fin de liste avec 38 et 30 % de réponses ,ce qui figure dans le tableau ci-après.

N°9 (Uniquement si vous exercez en formation), indiquer vos activités principalement menées au quotidien (choix multiple possible) :

13 réponses



Cette question a également fait l'objet de deux réponses libres : « la formation continue » et « l'accompagnement de l'encadrement sur le développement du projet au sein de son unité ». Pour compléter leur propos, ce que les formateurs considèrent prioritaire chaque jour concerne « l'encadrement et l'évaluation des étudiants/élèves, l'évaluation des connaissances et des compétences des étudiants/élèves », « l'accompagnement des équipes qui accueillent des stagiaires ».

En somme, selon qu'ils exercent en gestion ou en formation, les cadres expriment des priorisations de leur activité quotidienne tournées vers les missions qui leur sont confiées par leurs donneurs d'ordres : la gestion des équipes et le management pour les uns, la gestion de dispositifs de formation (DDF) et d'enseignement pour les autres. Mais les uns comme les autres passent peu de temps à effectuer de la veille professionnelle ou à animer une démarche qualité gestion de risques.

5.4 Leur représentation de la compétence et leurs compétences mobilisées

5.4.1 La compétence : une notion encore instable

A la question portant sur les mots spontanément associés à la notion de compétence, les termes principalement cités ont évoqué majoritairement les « savoirs », qu'il s'agisse de « savoir-faire » ou de « savoir être ». Pour les répondants, la compétence est largement associée à la notion de « connaissances » et de « capacités ». L'« expérience » semble essentielle pour démontrer une « aptitude » et des « acquisitions » qui ne seront visibles qu'en « situation », mettant en avant le « savoir en action ».

Ainsi, la compétence résulterait de leur capacité à « transférer » leurs savoirs, mais aussi d'être en capacité de « ressources » leur permettant d'y parvenir. La question de « l'adaptabilité » est très présente dans les réponses, ainsi que la possibilité de faire preuve d'une « analyse » afin de tendre vers un « développement » de cette compétence. Le but visé est « l'expertise », posant la question de savoir si la personne peut être jugée « compétente » avant d'atteindre ce niveau jugé ultime. A ces aspects s'ajoute celui de « l'évaluation », sans toutefois indiquer si elle est possible et selon quels moyens.

5.4.2 Des compétences d'abord en lien avec les actions prioritairement menées

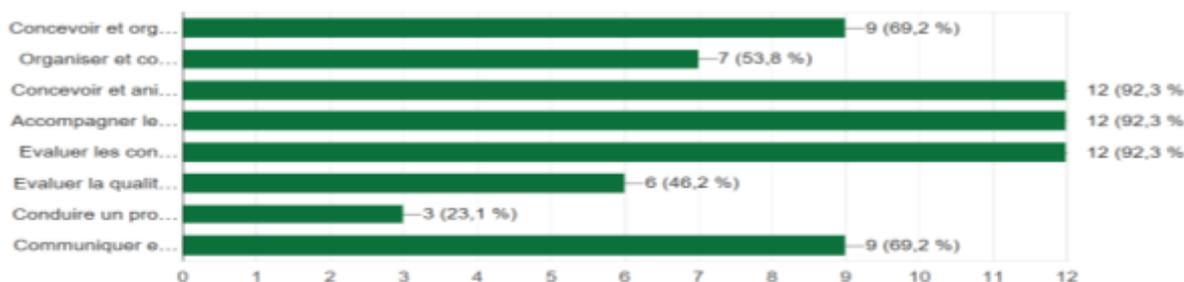
Le métier de CS du côté de la gestion semble mobiliser tout particulièrement la compétence consistant à « communiquer, transmettre de l'information et rendre compte », ceci pour 91 % d'entre eux. Viennent ensuite deux compétences très sollicitées consistant à « manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle » ainsi « qu'organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soins ».

Du côté de la formation, les compétences les plus largement sollicitées sont, pour 92 % des réponses, de « concevoir et d'animer des actions de formation initiale et continue dans le domaine de la santé et des soins », « d'accompagner les personnes dans leur parcours de formation dans le domaine de la santé et des soins » ainsi que « d'évaluer les connaissances et les compétences des personnes dans le domaine de la santé et des soins ».

Pour ces cadres et FFCS de la formation, les compétences les moins sollicitées sont les mêmes que pour leurs collègues de gestion, à savoir « l'évaluation de la qualité des prestations » et la « conduite de projet, de travaux d'étude et de recherche ».

N°12 (compétences / formation) Si vous exercez en formation (ou majoritairement), indiquer les compétences qui vous semblent prioritairement mobilisées dans votre quotidien (choix multiple possible):

13 réponses



Ainsi, communiquer, manager et coordonner reflètent les trois compétences jugées prépondérantes en gestion quand animer, accompagner et évaluer mobilisent principalement les savoirs des cadres exerçant en formation. Les compétences sont donc prioritairement mobilisées en fonction des situations à gérer, et donc de l'activité réellement menée.

5.5 Les compétences jugées manquantes

Parmi la liste des compétences paraissant manquer principalement aux cadres et FFCS, figurent la démarche qualité et les outils qui lui sont spécifiques, la rédaction, la gestion et l'évaluation de projets alors même qu'ils considèrent la mise en place et l'animation de projets prioritaires dans leurs activités quotidiennes. L'aspect technique visant la maîtrise d'outils numériques, la gestion financière avec le « lien efficience-finances » ou la « délégation de gestion » leur font aussi défaut. Alors qu'une connaissance n'est pas synonyme de compétence, certaines personnes ont jugé bon d'identifier des connaissances manquantes en matière de réglementation, ou bien en lien avec des professions qu'ils n'ont pas exercées dans leur parcours initial mais qu'ils doivent à présent apprécier et évaluer au quotidien. Notons que trois personnes ont jugé qu'elles n'avaient pas besoin de compétence supplémentaire et qu'elles pouvaient « trouver des ressources transversales ».

5.6 Le niveau de diplomation et l'existence d'une fiche de poste

Plus de 68 % de cet échantillon déclarent ne pas avoir bénéficié de formation diplômante depuis leur obtention du diplôme CS. Lorsqu'ils en ont suivi, c'est-à-dire dans seulement 32 % des cas, il s'est agi d'un diplôme universitaire de niveau Master pour 50 % d'entre eux (n=6/57).

Vient ensuite un diplôme de type DU (n= 4/57) puis d'une Licence (n=3/57). Près de 87 % de l'échantillon déclarent l'existence d'une fiche de poste relative à l'emploi occupé.

5.7 L'appréciation des liens institutionnels

S'agissant du lien entretenu avec la direction des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques (DSIRMT), ils se sont prononcés « plutôt satisfaits » à plus de 84 %, voire « très satisfaits » pour 10 % supplémentaires, portant ainsi le sentiment favorable à près de 95 %.

Pour le lien entretenu entre la DRH et les CS ou FFCS, il est également « plutôt favorable » à plus de 86 % et atteint le niveau « très favorable » pour plus de 2 % des répondants.

Près de 8 % de la population ayant répondu se sont déclarés soit « peu » ou « pas » satisfaits de ce lien quand une personne a considéré que ce sujet la laissait « indifférente ».

Plus de 70 % des répondants ont jugé que le niveau de communication dans cette institution était « plutôt satisfaisant ». Le reste de l'échantillon a considéré que cette communication pourrait être de meilleure qualité, estimant que son niveau était actuellement « peu satisfaisant ». Si aucune personne n'a jugé la communication totalement insatisfaisante, aucune ne l'a jugée très satisfaisante non plus.

Le niveau de confiance accordé aux cadres et FFCS dans l'établissement recueille un même niveau général de satisfaction. Près de 74 % des répondants le jugent « plutôt satisfaisant » voire « très satisfaisant » pour une personne. Les personnes peu ou pas satisfaites sur ce sujet représentent 21 % de l'échantillon, et une personne considère que ce sujet lui est indifférent. Quant au niveau de soutien, il bénéficie globalement d'un bon niveau de satisfaction chez les répondants qui se disent « plutôt satisfaits » à plus de 63 %. Toutefois, le nombre de « peu satisfaits » est ici le plus élevé de toutes les questions relatives au ressenti des cadres et FFCS. Plus de 34 % sont « peu satisfaits » du soutien institutionnel qui leur est accordé.

5.8 L'avis sur la formation et l'évaluation

Là encore, les cadres s'estiment, à priori, plutôt satisfaits pour 55 % des répondants, voire très satisfaits pour 18 % de l'échantillon. Toutefois, environ un quart estime que la formation qui leur est proposée n'est pas satisfaisante en termes d'individualisation au sein de l'Institution.

S'agissant des modalités d'évaluation de leurs compétences, ils s'estiment plutôt satisfaits pour plus des trois quarts (76,3%) quand 10 % du groupe se déclare peu satisfait de la démarche retenue dans l'établissement. Deux répondants estiment être indifférents quand deux autres s'estiment très satisfaits. Aucune personne n'estime ces modalités très insatisfaisantes.

5.9 Des commentaires qui modèrent l'enthousiasme apparent

La partie libre du questionnaire relativise l'enthousiasme apparent donné dans les réponses aux questions fermées. Il est question, par exemple, des inquiétudes liées au GHT, à ses impacts en termes de mobilité pour le personnel et d'une perte de sens du « prendre soin ». Les difficultés relèvent des « contraintes budgétaires », rendant le management des ressources humaines parfois « difficile ».

Des nuances sont apportées à la satisfaction largement prédominante dans les réponses : « trop de décisions descendantes, peu de travail en collaboration avec les cadres ». C'est également ce que renvoie une personne qui se réfère au collectif cadres qu'elle juge « être mal ou secondairement informé par la direction ». Une personne insiste sur la « nécessaire communication par les instances de direction pour éviter les rumeurs délétères ».

Enfin, un commentaire issu d'un cadre formateur remet en cause la « vision incomplète et erronée des DRH » sur cette fonction. Les suggestions formulées dans cette partie sont en faveur de « formations correspondant aux besoins de la personne », d'un « développement de compétences » et d'un « développement du projet professionnel individuel ». Il s'agit « d'offrir une perspective d'évolution aux agents, de valoriser la formation continue ».

Si les résultats issus de cette enquête quantitative paraissent très majoritairement favorables, des nuances sont apportées dans l'expression des cadres et FFCS face aux très fortes contraintes économiques et territoriales, et face au niveau d'accompagnement institutionnel les concernant. Ce regard restait donc à croiser avec celui des donneurs d'ordres aux cadres.

6 Résultats de l'enquête qualitative auprès des donneurs d'ordres

L'objectif de conduire les neuf entretiens envisagés a pu être atteint. Chacun d'entre eux a fait l'objet d'une prise de rendez-vous et s'est déroulé dans de bonnes conditions. La durée moyenne de ces échanges s'est située aux alentours de 45 minutes (33 mn – 1h22). Les entretiens les plus courts ont été ceux réalisés avec les deux chefs de pôle. Ceux les plus longs ont concerné ceux avec le DSIRMT, les CDP et le RP.

Dans l'ensemble, nous n'avons pas été souvent dérangés durant cette enquête. Tous les interlocuteurs ont accepté l'enregistrement audio de leurs réponses, sous couvert d'un respect de leur anonymat.

6.1 Le niveau d'intérêt pour le sujet

D'un point de vue général, les personnes rencontrées ont manifesté de l'intérêt pour mon sujet. Je n'ai pas essuyé de refus lors de la prise de rendez-vous. Les personnes interrogées se sont montrées très souvent disponibles et enthousiastes à l'idée d'évoquer leur point de vue sur le sujet. Un complément d'informations a même pu être apporté par courriel par le représentant du personnel à distance de l'entretien.

Toutefois, le niveau d'intérêt m'a paru variable selon l'interlocuteur, en particulier pour les chefs de pôles. Des digressions ont eu lieu lors des échanges avec eux. C'est ainsi que le chef du pôle A (faible mobilité des cadres) déclare : « je ne me sens pas préoccupée par les compétences des cadres car je n'ai pas eu à déplorer d'incompétence majeure de la part des cadres avec lesquels j'ai travaillé. Les seuls contacts que j'entretiens avec eux concernent les avis à donner pour des patients hospitalisés ». Pour le RP, le sujet des compétences « est capital pour les agents eux-mêmes et pour le CH ». En parlant d'« agents », il a parfois été difficile de savoir si le sujet mobilisait autant la population cadre que non cadre. Cela peut s'expliquer par la faible tendance des cadres à se rendre auprès des représentants du personnel qui priorisent une réponse aux sollicitations individuelles plutôt qu'une stratégie collective. Néanmoins, l'entretien a pu être conduit sans contournement de la problématique, tout en reconnaissant les limites de connaissances de la personne sur le sujet. Une autre explication peut provenir sur ce que Van Beirendonck⁵⁸ nomme « une certaine résistance car les compétences pour une seule fonction donnent lieu à une distinction sur la base de « la façon dont les gens fonctionnent » (...) Cela contrevient au principe de solidarité voulant que tous les responsables d'une même fonction soient traités sur le même pied ».

6.2 Le niveau de compétences des cadres

Globalement, le niveau des compétences des cadres apparaît satisfaisant aux acteurs rencontrés. Ils sont reconnus « comme beaucoup plus investis aujourd'hui dans la formation » par la RFC qui « entretient de très bons rapports » avec eux en général, les CDP en particulier. Elle décrit un « climat de confiance mutuelle ». Le DSIRMT admet qu'il existe un « bon ancrage des cadres dans les groupes institutionnels », qu'il est possible de tabler sur une « solide culture de la participation ». Le cadre du pôle B (forte mobilité) estime que « le niveau est suffisant mais qu'il ne peut faire que croître » compte tenu de la forte représentativité de « jeunes cadres » dont un est déjà parvenu à « un niveau correct de

maîtrise organisationnelle et de management ». Le chef de ce même pôle reconnaît l'intérêt de l'implication de certains cadres expérimentés. Pour le CDP A, : « le niveau d'expérience est variable d'une personne à l'autre, et donc leur niveau d'aisance est différent dans le management ».

Toutefois, si l'impression générale sur le degré des compétences des cadres peut paraître favorable, de véritables difficultés sont identifiées. Leur « positionnement est parfois dur » selon le DSIRMT qui considère qu'il leur « faut imposer parfois, ne pas être trop dans la proximité, alors que certains cadres sont un peu jeunes dans la fonction ou ressentent une pression qu'ils subissent ou qu'ils génèrent auprès du chef de service ». En outre, il estime que « souvent les cadres ne retournent pas en formation à l'issue de leur formation en IFCS alors que le maintien des compétences passe par une réinjection des savoirs ». Enfin, toujours selon lui, « les cadres de santé ne connaissent pas les autres cadres sauf quand ils en ont besoin », constatant un « fonctionnement en silo » de l'encadrement, tous secteurs confondus.

Pour le DRH, les cadres auraient « besoin de formation en audit organisationnel de manière à mettre à plat une organisation et l'optimiser. Ils réalisent souvent une évaluation superficielle des pratiques », ce qui, selon lui, ne reflète pas un bon niveau de compétence. Le cadre peut également manquer de « vision systémique », en particulier lorsqu'il arrive dans la structure et que l'Histoire est complexe et/ou sensible dans certains secteurs. Le CDP A prône pour davantage de « mobilité chez les cadres, pour s'enrichir ». Pour la RP, « les cadres sont en difficulté pour établir des plannings permettant de respecter le code du travail, pour compenser l'absentéisme, et pour envoyer les agents en formation ». Le chef du pôle B déplore l'évolution de la fonction : « je vois de plus en plus le cadre comme un représentant de la direction, il n'est pas beaucoup dans le service (...) Cela devient plus un rôle administratif. Je ne veux pas paraître pessimiste dans l'évolution de cette fonction : elle devient très technocratique, ce n'est plus une fonction soignante ».

Les compétences des CS sont donc remises en cause par leurs donneurs d'ordres pour qui les attentes sont très importantes.

6.3 Les attentes des donneurs d'ordres vis-à-vis des cadres de santé

Les attentes vis-à-vis des cadres sont particulièrement nombreuses et variées. Pour le DSIRMT, elles concernent tout d'abord « la gestion de son unité, c'est-à-dire la gestion des effectifs et des compétences des agents ». Cela revient à s'assurer « qu'il y a les bonnes compétences au bon moment, bien réparties » mais aussi de « repérer les potentiels et le projet professionnel de chacun ».

Cette gestion est également attendue par le DRH qui insiste sur un « bon niveau de connaissances du terrain, une bonne occupation ». Tous les deux sont d'accord pour mettre en avant « la connaissance de l'organisation » et la capacité à « renseigner une famille, à repérer des difficultés à partir de signaux rapidement identifiés ». Le cadre doit être capable de « planification du travail, de tendre vers une concordance des temps médicaux et paramédicaux, d'organiser le temps et l'espace (optimiser les rangements), de faire en sorte que le service ne fasse ni fouillis ni sale ».

Pour le DRH, la base de la compétence de gestionnaire du cadre passe par la maîtrise des roulements de planning ». Si cette compétence n'est pas acquise, il ne peut être envisagé ensuite de « sensibiliser et d'embarquer les équipes dans les projets ». Il déplore les « lacunes de formation en IFCS » sur cet aspect pourtant « essentiel pour la qualité de vie personnelle » de chaque agent. La bonne gestion dite de « proximité » est également attendue par les CDP. Ils parlent de « bon management d'équipe », mais aussi de « sécurité et de qualité des soins ». Cela passe par de « bonnes relations avec les équipes médicales ». D'ailleurs, du côté médical, les attentes vont aussi dans le sens d'une étroite collaboration : « je souhaite que le cadre soit un point d'équilibre entre le corps médical et la direction. Ils sont l'intermédiaire entre l'expression des besoins par les médecins et les moyens attribués par la direction » exprime le chef du pôle B. Le chef du pôle A insiste sur « l'importance de compter sur le cadre pour participer une fois par jour à la visite ».

Pour le directeur des soins d'instituts, les attentes sont de « former l'apprenant ». Ainsi, les priorités s'expriment en termes de « bonne maîtrise de réalisation d'un enseignement à la recherche d'une construction de compétence de l'étudiant et non pas une seule transmission de savoirs (pas uniquement de la connaissance pure et dure) ». Il faut également rapidement parvenir à « conduire des séances d'analyse de pratique (méthode GEASE⁵⁹) à partir de situations rapportées de stage, ceci dans le but d'accentuer la réflexivité ». Enfin, la compétence du cadre formateur s'inscrit dans le « travail de suivi de l'étudiant dans sa scolarité, appelé suivi pédagogique ».

Le cadre doit aussi développer un « management clinique » afin de porter un « regard voire un contrôle du bon soin dispensé au bon patient, selon les bonnes pratiques ». C'est toute la question de l'évaluation des pratiques soignantes qui fait surface : « regarder ce que font les soignants au regard du chemin clinique, assister aux transmissions pour évaluer le niveau d'adhésion au projet des transmissions ciblées de l'établissement ». Pour le DRH, cette

⁵⁹ Vidal, J. (2006). Analyse clinique de conduites professionnelles : une méthodologie originale pour un travail en groupe. *Connexions*, n° 8, (2), 85-96

évaluation doit pouvoir s'articuler avec un « management responsabilisant et autonomisant : même l'ASH doit avoir une part de liberté au travail pour entretenir sa motivation ». C'est toute l'ambiguïté d'une autonomie mêlée au contrôle. Il insiste d'ailleurs sur la notion « d'équilibre » à trouver entre ces deux pôles.

Du côté de la RFC, les attentes sont exprimées en termes de contribution des cadres au recueil des besoins en formation des agents mais aussi pour eux-mêmes.

Il lui semble que les attentes des cadres sont principalement en lien avec le pilotage médico économique à partir d'un suivi d'indicateurs, ce qu'évoque également le DSIRMT. Elle note qu'il y a peu de demandes de formation universitaire longue (DU ou Master), sauf chez les cadres formateurs qui se voient, toutefois, souvent opposer un refus systématique de leur prise en charge au motif d'un coût trop élevé et d'un faible intérêt au regard des axes institutionnels retenus. Le directeur des soins d'instituts confirme cette observation en considérant que les attentes vis-à-vis des cadres sont qu'ils soient en mesure de « répondre à des attentes institutionnelles de performance (baisse de la DMS, fluidification des parcours...) ». En somme, cela revient à « répondre vite à ce qui est attendu ». De ce fait, les cadres gestionnaires ont « besoin de formations courtes et opérationnelles ».

Les cadres sont également attendus sur leurs capacités méthodologiques. Le DSIRMT souhaite non seulement qu'ils fassent preuve « d'autonomisation dans la veille documentaire » mais aussi de « structuration de leur pensée et de compétences pédagogiques ». La méthodologie peut leur manquer mais leur capacité à établir des « échanges sains » est fondamentale pour le CDP B. Un cadre doit savoir « faire appel en cas de besoin et interpeller les personnes ressources quand il le faut ». Un véritable « reporting » est attendu pour rendre compte des situations posant question au cadre de proximité. C'est ce que Zarifian⁶⁰ appelle « l'abandon d'un contrôle disciplinaire et l'émergence d'un contrôle d'engagement ». La collaboration avec le CD est une condition de réussite aux missions de chacun de ces encadrants.

Mais la compétence des cadres ne concerne pas que du « faire », il faut aussi savoir « être ». C'est ce que le DRH met en avant lorsqu'il parle de « positionnement par la capacité à dire « non » de façon adaptée et opportune. Il ne s'agit pas de chercher à faire plaisir, à être dans l'affect, mais seulement d'essayer de bien faire les choses. Cela nécessite du courage, de ne pas avoir peur, de ne pas fuir ». Cette attente rejoint celle du chef du pôle B qui, parlant de la fonction d'encadrement au bloc opératoire qu'il juge parfois délicat, insiste sur la nécessité de « savoir dire « non » et gérer les fortes personnalités ». Le DSIRMT parle de capacité en matière de « climatologie sociale » via le repérage des signaux d'alerte, des débordements et risques de conflits. Le DRH souligne le besoin d'un « arbitre qui tranche,

⁶⁰ Ibid 45

qui fixe les règles et veille à l'application des règles (pour éviter de laisser la place à des leaders). Il faut éviter d'être dans une prise trop importante de hauteur en laissant trop d'autonomie aux équipes ».

Mais alors que ces attentes sont multiples, quels sont les moyens octroyés pour favoriser l'atteinte des résultats visés par les CS ?

6.4 Les actions mises en place pour permettre de répondre aux attentes

Si les attentes sont nombreuses vis-à-vis des cadres de santé, certaines interventions sont parfois mises en place par leurs donneurs d'ordres de manière à concourir à leur atteinte.

6.4.1 Une politique engagée en faveur des cadres

Selon le DRH, le positionnement des directions est fondamental pour permettre aux cadres de gagner en compétences. Pour lui, il s'agit de faire acte de « présence et de soutien » de la part de toutes les directions auprès des cadres. S'il reconnaît qu'il existe une « taille critique à ne pas dépasser (3000 agents) », il est important « d'entretenir des liens avec eux. Il ne faut pas avoir peur de soutenir des décisions prises au niveau de la direction et de l'encadrement supérieur. Il faut être bien connecté avec les cadres ».

Côté gestion des compétences, la politique est plutôt en faveur d'une « mobilité interne. Les postes vacants sont proposés aux cadres en interne par la publication de notes d'information. Il faut trouver l'équilibre adapté à chacun : ni trop ni trop peu. La bonne périodicité est estimée à 6-7 ans » selon le DRH. Le choix d'affectation des cadres se fait en concertation entre le DRH et le DSIRMT, en adéquation avec le chef de service concerné.

Toutefois, ce n'est « pas une codécision pour éviter les fiefs. Il faut rester courtois et les associer ».

Cependant, d'un point de vue de la GPMC, le DRH reconnaît la « difficulté de se projeter sur les départs des agents, en particulier pour la retraite qui répond à des aspirations personnelles. Cette GPMC est devenue moins facile. Les parcours sont à présent très individuels. On note une tendance à l'allongement de la carrière professionnelle jusqu'à la limite d'âge (variabilité des choix entre 57 et 65 ans). Nous recensons les souhaits à partir des entretiens mais il existe de gros écarts entre les souhaits exprimés et les faits, même si cela est moindre pour les cadres ». Cette réponse corrobore la littérature sur le sujet et les réponses obtenues lors des entretiens d'exploration initiale en stage 1.

Toutefois, si la GPMC paraît complexe à conduire telle qu'elle était initialement prévue, les donneurs d'ordres se sont parfois engagés dans de véritables actions visant le développement des compétences des cadres.

6.4.2 Une stratégie commune d'accompagnement par le DRH, le DSG et le DSF

Les trois directions sont conscientes des exigences importantes formulées à l'encontre des cadres placés dans des situations d'injonctions paradoxales en partie liées aux choix des directions elles-mêmes. Ainsi, le DRH évoque la « responsabilité partielle des directions dans le manque de présence des cadres dans leur service : quand on accapare les cadres, on est responsable de ce problème ». Une stratégie d'accompagnement des cadres et des personnes intéressées par cette évolution professionnelle a donc été décidée et mise en place.

Pour les futurs FFCS, cela se traduit par une procédure de repérage des personnes prédisposées à la pratique managériale qui conditionne l'octroi d'un poste de FFCS et le financement d'une préparation au concours puis celui de l'année à l'IFCS. Le futur cadre a le libre choix de(s) IFCS pour passer le(s) concours et effectuer sa formation une fois reçu. Il n'y a plus d'orientation unique vers un seul IFCS, comme ce fut le cas par le passé. La DSIRMT, la direction des instituts et la DRH se sont accordés sur la volonté d'ouverture et d'hétérogénéité profitable à la mixité des lieux de formation des cadres dans l'établissement.

Pour les cadres et FFCS, le plan de formation prévoit des axes de formation leur étant dédiés. Depuis plusieurs années, une « formation spécifique pour tous les cadres de l'établissement a lieu sous forme de séminaire sur une thématique « choisie avec le collectif cadres ». La formation est aussi le maître mot pour le directeur des soins des instituts de formation (DSF) qui considère nécessaire de pouvoir proposer une « formation d'équipe une fois par an. Par le passé, les sujets ont abordé l'approche par compétences ou bien encore l'analyse de la pratique dans un DDF ». Bien que les formateurs « soient satisfaits de cette formule », elle insiste aussi sur la demande grandissante des « formations individuelles » qui lui semblent tout autant importantes. Elle a donc décidé une stratégie d'alternance des formations : une année est réservée à une formation collective quand l'année suivante est l'occasion d'octroyer des formations individuelles ». Sa future intervention consistera à proposer un « projet d'action de formation continue pour mettre à profit les compétences des formateurs de l'IFCS appartenant au même GHT à la formation des jeunes formateurs en IFSI-IFAS ».

Des séances de coaching sont envisagées pour un groupe de cadres. Selon le DRH, il s'agira de « renforcer le positionnement des cadres par un repérage de leurs forces et de

leurs faiblesses, de gagner en positionnement, de renforcer leur posture (mise en situation, analyse de la pratique) ». A cela s'ajoutent des « séances d'analyse de la pratique » proposées et animées par le DSIRMT. Ce choix d'animateur, quand bien même il pourrait paraître non judicieux compte tenu de l'aspect des liens hiérarchiques entre acteurs, a été exprimé par l'ensemble des cadres qui en bénéficie. Le DRH insiste sur la nature des « relations simples entre le DS et la communauté des cadres » en mettant en avant le « caractère personne-dépendant de cette situation ». C'est ce que le DSIRMT a appelé les réunions « management ». Elles sont organisées au rythme de trois à quatre fois par an pour un groupe de cadres. Il s'agit d'analyse de pratique de situations managériales rebaptisées « CREM » pour symboliser les comités de retour d'expérience en management. Cela nécessite un fort climat de confiance entre le DSIRMT et les cadres qui se livrent au groupe.

Il existe un véritable partenariat entre la DSIRMT et la direction des instituts, visible à travers des temps de travail en commun. Il a été créé un « COPIL IFSI qui permet la rencontre à parité des cadres formateurs et des cadres de gestion autour d'un thème choisi ensemble ». La dernière rencontre ayant eu lieu dans ce domaine traitait de « l'élaboration d'un rapport circonstancié et d'un rapport d'alerte sur un étudiant dit « limite » en stage ». Pour intensifier ce travail en commun, le DSIRMT envisage, en collaboration avec le DSF, de mettre en place un « projet de retours d'expérience avec les équipes soignantes confrontées à des situations où les étudiants sont en difficultés. L'objectif serait d'analyser la pratique d'encadrement selon une méthodologie flash utilisée au CH afin d'identifier les causes et aider les équipes soignantes à se distancer et à développer leurs compétences ».

6.4.3 Un rôle pédagogique de la part des chefs et cadres de pôle

Du côté des chefs de pôle, les interventions concourant au développement des compétences des cadres sont assez réduites. Ils reconnaissent peu investir le sujet qu'ils délèguent souvent entièrement aux CDP. Ainsi, le chef du pôle A déclare « ne pas avoir été associé pour le choix d'affectation des CS sur le pôle.

L'affectation se fait en concertation avec le CDP. Le chef de pôle découvre souvent a posteriori la décision prise. L'information lui est communiquée par le CDP.

Mais ce n'est pas un problème, elle n'exprime « pas de regret sur cette modalité car elle travaille en confiance avec le CDP : soit on fait équipe, soit on ne fait pas ». De la même façon, les deux chefs de pôle interrogés disent « se reposer entièrement sur leur CDP pour les arbitrages des formations des CS ». Lorsque les chefs de pôle interviennent, c'est souvent pour expliciter les réformes à mettre en place et leurs impacts organisationnels à prévoir.

Les CDP considèrent qu'ils ont un rôle à jouer dans l'appui aux CS, d'autant qu'ils conservent presque tous une mission d'encadrement de proximité en sus de leur mission de CDP (n=4/5). Il s'agit avant tout de faire preuve « d'exemplarité », surtout lorsqu'il faut s'appliquer les contraintes imposées ou demandées aux cadres. Il est également prévu d'accompagner les jeunes cadres par des pairs : c'est l'octroi d'un « tuteur parmi les cadres de santé (sur le même pôle ou pas) ». Mais les CDP soulignent surtout l'importance de faire tout ce qu'il est possible pour un management des cadres par la confiance. Cela passe par un investissement et un « accompagnement du CDP faisant preuve de disponibilité et d'accessibilité dès qu'une demande émane d'un cadre ».

L'écoute et la démarche compréhensive semblent ainsi privilégiées. Cette écoute est accompagnée de « soutien et de dialogue pour favoriser la parole et l'expression de situations marquantes lors de réunions animées par le CDP à raison d'une fois par mois durant environ deux heures ». Pour les CDP, le développement des compétences est lié à la notion d'évaluation des compétences ». 2017 marque un tournant dans les pratiques dans cet établissement puisque, pour la première fois, ce seront les CDP qui évalueront les compétences des cadres et FFCS, en lieu et place du DSIRMT. Le cadre du pôle A déplore, cependant, l'absence de trame et de critères spécifiques pour les cadres. Certes, il existe bien une grille d'évaluation interne mais elle est identique à l'ensemble des agents ».

6.4.4 Les ressources sur lesquelles les cadres doivent pouvoir compter

La RFC travaille conjointement avec le DRH et le DSIRMT sur « l'élaboration du plan de formation via le catalogue de formation, les échanges réguliers sur les formations destinées aux cadres, y compris dès leur préparation aux épreuves de sélection des candidats à ce projet ». Une « véritable réflexion est engagée chaque année de manière tripartite sur l'organisation des promotions professionnelles à prévoir pour l'année n+1 ». Le RFC concourt à l'accompagnement des nouveaux cadres et FFCS nouvellement arrivés par l'organisation de leur formation à l'évaluation du personnel avant leur 1^{ère} expérience en la matière. Enfin, la délégation de gestion des 50 % de l'enveloppe de formation continue conduit à des échanges réguliers entre le RFC et les CDP.

Le plan de formation 2017 de l'établissement prévoit toute une partie entièrement destinée aux cadres et FFCS à hauteur de 7% environ du budget alloué aux actions institutionnelles. Il est, par exemple, question de formation aux entretiens d'évaluation, aux cycles de travail, aux règles de gestion du temps de travail (GTT), à la gestion des pôles, à l'analyse de la pratique ou bien encore à la gestion de l'agressivité.

De leur côté, les RP sont vigilants au maintien de la « commission de formation qui se réunit en amont du CTE ayant pour objet de présenter le plan de formation de l'année n+1 ». La personne rencontrée estime que la qualité du dialogue social au sein de l'établissement est un facteur favorisant. « Le syndicat pourrait se considérer comme ressource pour renseigner

les cadres qui en font la démarche » mais cela ne se produit presque jamais. Elle considère son rôle à « l'écoute et en soutien individuel » auprès des professionnels qui font la démarche de solliciter leur représentants. Il existe « très peu d'actions collectives à l'échelle institutionnelle ».

Les interventions individuelles et collectives des donneurs d'ordres sont donc assez conséquentes et structurées dans leurs modalités. De nouveaux projets ont même pu être évoqués, laissant penser qu'il s'agit d'une priorité dont se sont saisies les directions.

Toutefois, ces mesures font-elles partie d'une stratégie formalisée et suivie à l'échelle institutionnelle ?

6.5 Le projet managérial : un projet à construire

La question relative au projet managérial n'a pas été posée directement auprès de tous les acteurs. Elle a pu émerger dans certains échanges avec les CDP et le RP. C'est surtout avec les directeurs que le terme a été exploré.

6.5.1 Les représentations sur le sujet

Pour le DSIRMT, un « projet managérial » s'entend comme le fait de « reprendre la lignée de la direction des soins en se posant la question de l'attendu de la place de chacun en termes de management, et ce dès le stade du DG ». Pour lui, il s'agit de « définir ce qu'est un cadre dans l'Institution, mais aussi un cadre de pôle et même un directeur. C'est répertorier comment on voit le management, les attendus à chaque niveau. C'est donner du sens, savoir ce qui est attendu de chacun ». Il ajoute qu'il « n'existe pas aujourd'hui mais qu'une réflexion a été abordée en séminaire de direction dans une vision de l'organigramme ». Il n'est aujourd'hui « pas formalisé dans l'établissement », il faudrait « l'écrire à plusieurs », mais il ne l'a « pas plus vu dans son expérience préalable ».

Le DRH qualifie le projet managérial de « gros mot ». Il rejoint les propos du DSIRMT dans sa définition puisqu'il estime que le projet doit répondre à la question : « quelle philosophie a-t-on du management ? Qu'est-ce qu'on attend du management ? Il faudrait fonctionner en sous-groupes avec les CS et les CSS pour améliorer le management. Ce serait un projet qui fixerait des objectifs et des actions concrètes ». Il confirme que ce projet n'est « pas écrit mais que la philosophie est sous-jacente par ce que chacun imprime, c'est-à-dire par beaucoup de proximité, d'accessibilité. Il ne faut pas prendre les gens de haut, c'est dangereux. Les cadres ont besoin de connivence avec les directions, on aime ça ! Si la charge de travail le permettait, j'irais chaque jour 1h dans un service pour passer, être présent. Ce devrait être le cas de chaque directeur ! ». Il souligne trois mots clés pour

refléter la philosophie managériale à promouvoir pour concourir à une bonne adhésion de chacun dans les projets institutionnels : « proximité-disponibilité-accessibilité ».

Si le DRH considère qu'il n'y a pas de valeur ajoutée à formaliser un projet managérial sans chercher à l'inclure dans le projet social et le projet de soins, le DSIRMT considère qu'il est nécessaire de donner à voir ce qui est fait en matière managériale. Il déclare que le projet managérial « se retrouve dans les fiches de postes mais ce n'est pas suffisamment car les interfaces ne sont pas mis en avant. Il faut également décrire les modalités de rencontres, le rythme, l'organisation déclinée à partir d'une stratégie ». Cela « figure déjà dans différents documents, comme par exemple les modalités de rencontres, les organisations, le reporting, les règles de fonctionnement où il est décrit qui fait quoi, qui doit rendre compte à qui ». Mais pour qu'il vive, « cela s'écrit avec les gens qui y contribuent : la fiche de poste est écrite par le n+1. Il s'agit de le partager pour le négocier, ne pas l'imposer pour que cela soit plus accepté. Il faut encourager la constitution d'un groupe de travail participatif et non imposer un modèle créé soi-même ». Cela revient à « rendre explicite ce qui est implicite » et, « faire la même chose à chaque niveau de la hiérarchie, comme par exemple l'importance de respecter les horaires, élaborer un ordre du jour, répartir les missions de secrétariat à tour de rôle lors des réunions...»

Pour le DSF, le projet managérial passe par la « capacité du DSIRMT de dire ce qu'il veut, de ne pas uniquement se placer en position d'animation des points de vue en faveur ou non de la mobilité. Il est vecteur d'un apprentissage tout au long de la vie professionnelle et doit consacrer du temps à établir des parcours d'apprentissage pour accompagner la mobilité. Il s'agit d'expliquer la vision et la stratégie retenue pour accompagner les changements ».

6.5.2 Une visibilité qui passe par un besoin de formalisation

Pour tous les autres acteurs, le projet managérial n'a pas fait l'objet de définitions précises mais plutôt d'une description d'outils existants ou d'éléments essentiels qui seraient à privilégier pour contribuer à un meilleur management institutionnel.

Du côté des outils existants, les fiches de poste ont souvent été mentionnées comme nécessaires mais les répondants regrettent parfois leur absence de formalisation. Ainsi le CDP A dit en avoir fait « la demande mais ne dispose que d'une lettre de mission ».

Elle déplore que « rien ne soit formalisé par pôle : les CDP s'interrogent sur le sujet mais ne partagent pas de réflexion avec la DRH et la DSIRMT ». La formalisation d'un projet managérial pourrait ainsi être rendu visible à travers les ressources mises à disposition des cadres considérés comme des bénéficiaires nécessitant de savoir précisément ce qui est attendu d'eux.

Forte de cette enquête mixte réalisée dans une double approche, la question se porte à présent sur ce qu'il serait possible d'envisager comme actions relevant notamment de la fonction du DS.

ANALYSE ET PRÉCONISATIONS

7 La confrontation aux hypothèses initiales

En somme, le sujet de la compétence préoccupe véritablement les cadres qui reconnaissent volontiers manquer de savoirs dans nombre de domaines pour leur permettre de conduire les activités principales qui leur sont confiées tant en gestion qu'en formation.

L'accompagnement qui leur est proposé pour développer leurs compétences est parfois pensé, construit et visible. Il peut s'agir d'un dispositif de sélection des futurs cadres et/ou de développer la réflexivité à partir d'analyses de pratiques et de retours d'expérience. Toutefois, même lorsque cela est le cas, le niveau de satisfaction des intéressés eux-mêmes et de leurs donneurs d'ordres n'est pas toujours optimal. Les nombreuses attentes exprimées à l'égard des cadres ne sont pas toujours suivies d'actions permettant de les satisfaire.

Cette enquête fait apparaître un sentiment global relativement satisfaisant de la part des cadres interrogés à propos des modalités d'accompagnement et des facteurs contributifs au développement de leurs compétences.

Lorsqu'il existe, le « collectif cadre » constitue une force pour cette communauté professionnelle qui voit là le moyen d'être représenté pour négocier et faire le lien avec la direction.

Les cadres de santé sont sensibles aux modalités d'accompagnement de leurs missions par l'Institution, en particulier lorsqu'il s'agit d'évaluer les pratiques professionnelles des agents qu'ils managent ou lorsqu'ils sont eux-mêmes évalués par leur supérieur hiérarchique. Ils sont également soucieux d'une explicitation de la procédure d'évaluation.

Toutefois, si la compétence est un terme communément employé aujourd'hui, comment ne pas hésiter à parler de son évaluation tant le concept manque encore de consensus ? C'est d'ailleurs ce qu'indique P.F Coen⁶¹ : « l'évaluation des compétences n'est pas une chose

61 Coen. P. F. (2007). Evaluer des compétences : une tâche complexe ! *Educateur*, 2007, no. 4, p. 29-31. Récupéré le 08/09/2017 sur <http://doc.rero.ch/record/234450>

simple à aborder car elle nous contraint à manipuler des concepts pas toujours très clairs et pas encore stabilisés ».

La formation continue leur semble fondamentale pour développer leurs compétences, en particulier sous un format individuel qui leur permet de répondre au mieux à leur projet professionnel. Par conséquent, ils regrettent l'absence de réponse favorable de financement aux formations diplômantes qu'ils aimeraient parfois suivre.

La question de la formation initiale reste, en revanche, en suspens. Les donneurs d'ordres remettent en question la pertinence de cette période qui ne semble pas suffisamment préparer les cadres aux situations qu'ils vont ensuite rencontrer.

La qualité de la relation entretenue tant avec la DSIRMT que la DRH sont des éléments auxquels les cadres sont attentifs. Lorsque le climat de confiance et le niveau de soutien de la part des directions leur paraissent satisfaisants, ils ont alors l'impression qu'ils incarnent un maillon important dans l'Institution. Mais, ils soulignent que la communication n'est pas toujours optimale, quand bien même les directions se voudraient accessibles, disponibles et proches. Le sentiment d'être mal informé demeure malgré les multiples canaux de communication utilisés par l'Institution pour communiquer. Ils se sentent parfois mis à l'écart des décisions qu'ils jugent encore trop descendantes et déplorent une absence de formalisation généralisée des fiches de poste.

Face à tous constats, le moment est venu de revenir à la question que je me posais au démarrage de ce travail, à savoir « en quoi le développement des compétences des cadres de santé est-il un levier managérial pour contribuer à la mise en œuvre des réformes hospitalières ? »

Si quelques mois ont passé depuis la rédaction des quatre hypothèses initiales, elles se sont enrichies des échanges et des réflexions engagés depuis lors.

A l'hypothèse d'un besoin d'une stratégie managériale établie à partir d'un diagnostic managérial pour proposer des moyens adaptés en matière de développement des compétences, les réponses s'orientent favorablement dans ce sens. En effet, l'état des lieux initial porté par chaque acteur sur le niveau des compétences fait apparaître des lacunes chez les cadres qui, parfois sont simultanément perçues par les donneurs d'ordres, mais souvent se cumulent entre tous ces acteurs. La complexité des contextes rend l'expertise plus difficile, au sens de « l'expert » décrit par P. Benner⁶². Le modèle des compétences serait-il parvenu au bout des possibilités ce qu'il peut proposer ? La formation est-elle suffisante pour rendre chaque cadre opérationnel et performant ? Dans quelle mesure

62 Benner. P. (1995). De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. Paris : InterEditions.

d'autres paramètres entrent en ligne de compte dans le développement des compétences et l'adaptation à un contexte rendu plus complexe et imprévisible ? Est-il encore possible d'envisager le développement des compétences de façon structurée ? Établir un diagnostic initial ne pourrait ainsi rester figé mais devrait sans cesse s'apprécier dans un environnement changeant.

S'agissant de l'hypothèse portant sur l'intérêt d'un projet managérial intégrant la philosophie de management et une vision de la GPMC pour aider au positionnement institutionnel des cadres, l'enquête et les lectures montrent combien le travail reste à faire. Si le projet managérial faisait partie en 2009 des recommandations du rapport de C. De Singly, sa rédaction et sa visibilité restent à la marge. Alors que les attentes vis-à-vis des managers sont conséquentes et variées, la philosophie du management vue par le DRH rejoint parfois celle vue par le DS . Quant aux autres acteurs, le fait d'évoquer le sujet de l'encadrement, sa place et les modalités pour le faire progresser a pour effet de susciter de l'intérêt et de la curiosité. Pour autant, aucun n'évoque spontanément l'opportunité d'un projet managérial mais tous s'accordent à dire que le management reste central dans l'accompagnement des projets et des réformes que connaît l'hôpital.

L'hypothèse consistant à privilégier une formalisation et une structuration des interventions menées par les donneurs d'ordres pour une meilleure visibilité de la politique managériale ne s'est pas particulièrement démontrée dans ce travail. En effet, des actions sont parfois menées, appréciées et jugées utiles par les cadres sans qu'elles ne fassent, toutefois, toujours l'objet d'une formalisation. Ce qui semble particulièrement important pour les cadres relève de la façon dont ils sont associés aux décisions, dont ils sont informés de manière officielle et dont ils sont accompagnés dans des orientations institutionnelles qui les impactent.

Enfin, l'hypothèse concernant le suivi et l'évaluation régulière du projet managérial pour maintenir durablement la dynamique d'accompagnement des cadres pose la question d'une stabilité dans les intentions et dans les actions. Or, le contexte change rapidement et l'imprévu devient la règle. La question est donc de savoir comment cet accompagnement peut se faire au-delà du fait qu'il faille en suivre les effets. Est-il possible de choisir des indicateurs d'apprentissage plutôt que de performance ? Peut-on dire que les cadres représentent des apprenants ? Se comportent-ils comme tels ? Si ce n'est pas le cas, est-il possible d'agir sur les conditions qui leur permettraient de le devenir ?

A la lumière des résultats obtenus dans l'enquête et de leur analyse, il me semble que ces hypothèses orientent dans le choix des actions à privilégier et à mettre en place pour tendre vers un développement des compétences des cadres.

Ceci m'amène à proposer quelques préconisations, tant pour conforter des facteurs contributifs qui existent selon les établissements que pour suggérer des actions nouvelles auxquelles le DS pourrait concourir.

8 Les mesures à privilégier pour développer les compétences des cadres

Les lectures complétées des données issues de l'enquête me permettent, à présent, d'envisager la manière d'accompagner le développement des compétences des cadres, en particulier celles des CS placés sous la responsabilité du DS.

Les leviers que je propose d'actionner sont en lien avec la politique managériale et la stratégie permettant, entre autres, l'atteinte d'une meilleure performance d'établissement. Cela s'appuie, notamment, sur l'existence d'un projet managérial où la synergie du binôme DS-DRH est fondamentale.

8.1 Faire du management un axe prioritaire du projet de soins et du projet social basé sur une philosophie commune entre DS et DRH

La question de la compétence est particulièrement d'actualité en cette période de réforme du code du travail. Elle est devenue une « arme » dont chacun ne peut plus se passer pour rester dans la « course » sur le marché du travail en se formant nécessairement tout au long de sa vie.

A l'heure où pèsent de fortes pressions sur les entreprises par la concurrence qu'elles subissent, le lien entre recherche de performance et développement des compétences fait l'objet d'un intérêt grandissant. Ainsi, la question se pose entre la gestion des compétences et l'obtention d'une performance.

Si certains détracteurs dressent aujourd'hui un tableau plutôt critique de l'efficacité de la formation professionnelle en France, comme par exemple le sociologue du travail Y. Lichtenberger (2017)⁶³, certaines grandes entreprises françaises, telle que Véolia®, ont

63 vidéo consultée le 31/08/2017, disponible en ligne sur http://www.uodc.fr/competences/video/v/video/repenser_les_liens_entre_le_travail_et_la_formation.html#detail-video
Valérie BOUGEARD - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

choisi de faire de la formation et du développement des compétences un levier de performance, en particulier dans un contexte de réorientation stratégique indispensable pour assurer sa survie financière. I. Quainon (2016)⁶⁴, directrice de la formation et du développement des compétences dans ce groupe, insiste sur une nouvelle approche où il est davantage besoin de développer des capacités d'adaptation de chacun plutôt que de multiplier les process. Il faut, selon elle, développer « l'intelligence de la tâche ». Par ce terme, il est question de pouvoir analyser l'environnement dans lequel la personne travaille afin qu'elle puisse réagir en fonction. Pour tenter d'y parvenir, il faut poser le sujet comme un préalable et tendre vers des parcours professionnalisants.

A l'échelle des EPS, cela questionne sur la philosophie aujourd'hui répandue en matière de développement des compétences. Les acteurs particulièrement concernés par ce sujet sont, entre autres, le DRH et le DS. La place accordée aux moyens de développer les compétences dans le secteur hospitalier pose question. En effet, l'approche de la gestion des ressources humaines reste majoritairement une logique administrative plutôt qu'une logique de développement des compétences. Pour passer d'un modèle à l'autre, la politique institutionnelle doit faire de ce sujet une priorité. Cette politique pourra ensuite être déclinée dans les différents projets portés par les dirigeants et les acteurs chargés de les mettre en œuvre. Le projet social et le projet de soins constituent ainsi des leviers essentiels à actionner.

8.1.1 Le projet social

Alors que le projet social représente une déclinaison du projet d'établissement visant le développement social et une culture partagée dans l'établissement, il s'agirait de faire de cet outil un levier pour démontrer la volonté de promouvoir les talents et les savoirs professionnels. En faisant de l'accompagnement des compétences une priorité et en identifiant les moyens d'y parvenir par l'adoption d'une politique ambitieuse de formation et d'accompagnement (tutorat, compagnonnage, coaching...) la probabilité de progression des cadres en serait sans doute plus importante.

En outre, s'il existait un dispositif d'accompagnement des cadres à travers des parcours professionnalisants bien identifiés, le suivi de leurs apprentissages serait facilité et les moyens de les aider seraient plus individualisés. Dans ce cadre, pourquoi ne pas envisager un véritable suivi managérial pouvant être assuré non seulement à la prise de poste mais aussi durant toute sa vie professionnelle ? Le projet social, en ce qu'il interviendrait comme

64 vidéo consultée le 31/08/2017, disponible en ligne sur http://www.uodc.fr/competences/video/v/video/quels_liens_entre_developpement_des_competerences_et_performance.html#detail-video

facteur externe au développement des compétences, servirait de support à une politique ambitieuse et communiquée à l'ensemble de l'établissement.

8.1.2 Le projet de soins

Le projet de soins constitue un outil de promotion de la qualité des soins. Il représente aussi un levier important pour démontrer la volonté du DS de placer le développement des compétences au centre des orientations stratégiques qu'il porte. A fortiori, avec la mise en place des GHT, le PSP (ou PMSP) constitue un moyen dont il faut s'emparer pour identifier un axe prioritaire visant cet objectif. Les perspectives d'orientation médicale influencent presque toujours l'activité des personnels non médicaux, et donc le travail des cadres impacté par des réorganisations, des recompositions ou des restructurations.

Les compétences représentent un gage de sécurité et de qualité des soins. Sans compétence, comment assurer un service de bonne qualité ? Si toutes les compétences ne relèvent pas nécessairement d'un apprentissage formel, elles sont d'autant plus recherchées que les bénéficiaires sont triples : non seulement l'agent gagne en légitimité, en reconnaissance et en valorisation; l'entreprise en sécurité, en qualité voire en performance et l'usager en qualité de la prestation qui lui est offerte. Ce triple enjeu constitue une raison essentielle pour que le DS se saisisse du projet de soins et de la CSIRMT pour faire du développement des compétences une orientation incontournable de son action.

L'innovation et la recherche peuvent d'ailleurs étayer cette orientation car la compétence ne peut s'envisager de façon figée. Placée sous l'influence du contexte, des situations toujours singulières, la compétence représente un subtil équilibre de savoirs mis en relation dans l'action. Parler d'innovation suppose de prendre en compte la nécessaire évolution des métiers et donc de ce qui permet de l'exercer. La recherche représente alors un moyen de concourir à cette innovation. Autrement dit, le DS peut s'emparer du sujet des compétences à travers des recherches managériales, en particulier dans la perspective de mise en place de pratiques avancées qui vont impacter le rôle des cadres, leur positionnement vis-à-vis de nouveaux métiers.

A l'échelle du GHT, le sujet doit faire partie des préoccupations du PSP (ou PMSP), d'autant que les « schémas mobilité » commencent à faire leur apparition dans la mutualisation des ressources humaines des fonctions support (exemple : fonction achats dans les GHT). Avec la prochaine extension de la logique de mutualisation, comment ne pas envisager des périmètres élargis pour les cadres ? Le PMSP doit représenter l'occasion de partager les réflexions sur le sujet des compétences des cadres, d'imaginer ce que sera leur rôle au sein des GHT, d'identifier ce que deviendront leurs besoins pour tenter d'y répondre de façon collégiale.

8.2 Se saisir de l'opportunité des GHT pour améliorer l'offre de formation

8.2.1 Un dispositif d'accompagnement en formation continue mutualisé sur le GHT

La question de la formation est cruciale sur le sujet des compétences. Aujourd'hui, chaque établissement de santé établit obligatoirement son plan de formation qu'il présente aux RP en CTE après concertation ou non en commission de formation. Les GHT risquent de conduire à modifier les pratiques en matière d'élaboration des plans de formation.

Ainsi, l'article L. 6132-3 de la loi du 26 janvier 2016⁶⁵ mentionne que « l'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement : 4°- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement ». Cette coordination est encore assez limitée à ce jour. Elle se traduit, au mieux, par des renforcements de communautés de pratique et des collaborations. Au pire, elle peut se heurter à de fortes résistances liées aux peurs de perte d'autonomie dans les choix de chacun.

Parmi les acteurs parfois effrayés par les effets des GHT, les DS adoptent parfois une position de retrait. C'est sans doute stratégique d'après ce que M. Crozier et E. Friedberg⁶⁶ nomment « l'impossibilité d'une communication totale ».

Si « entrer en communication avec l'autre », c'est « le rechercher et s'ouvrir à lui, c'est en même temps se cacher, se protéger contre ses empiétements, s'opposer à lui. Bref, toute relation à l'autre est stratégique et comporte une composante de pouvoir, si refoulée ou sublimée soit-elle ». Les oppositions entre DS et entre directeurs ont été et sont encore parfois manifestes face à la nouveauté portée par ces groupements.

Pourtant, les enjeux sont très importants. Le GHT permet de structurer une offre de soins publique placée souvent en concurrence avec l'offre de soins privée. Il est donc une opportunité à saisir, en particulier sur le sujet du développement des compétences. Demain, sera-t-il possiblement envisageable de mutualiser les plans de formation à l'échelle du GHT ? L'offre de formation est actuellement contrainte par des choix stratégiques et les montants alloués. Ainsi, si l'établissement de mon enquête a choisi de dégager environ 7% de son montant alloué aux axes institutionnels à la formation des personnels d'encadrement, il serait

65

Ibid 2

66

Crozier, M., Friedberg, E., (1977), L'acteur et le système, Paris : Seuil.

peut-être possible d'augmenter de façon substantielle et d'élargir la gamme de formations offertes aux cadres. De plus, envisager les GHT comme une opportunité de partage pourrait permettre des rencontres inter établissements, la création de liens, le partage de savoirs, le retour d'expériences, et donc, in fine, un partage de savoirs contributifs de la compétence.

Si des actions sont possibles en faveur de la formation continue, il ne faut pas oublier les changements à opérer en matière de formation initiale.

8.2.2 Une formation initiale enrichie par le partage des connaissances et des compétences sur le territoire

Même si la réingénierie de la formation initiale des cadres de santé est actuellement stoppée, le constat fait dans les IFCS est encourageant dans la structuration de certains dispositifs de formation intégrant une ingénierie tournée vers les différentes activités proposées par la DGOS. Toutefois, ce n'est pas suffisant. L'activité d'un cadre peut-elle se limiter à un listing de sept activités, aussi globales soient-elles pour refléter un maximum de situations ? Est-il encore souhaitable de former les cadres sans envisager davantage d'interprofessionnalité ? Certes, la logique de réingénierie prévue devrait conduire ensuite à un référentiel de compétences mais toute l'activité peut-elle être fidèlement traduite à travers un listing de compétences ? La mobilité des cadres de santé entre le milieu de la gestion et celui de la formation semble remis en cause à travers la perspective proposée par la DGOS. Dans ce cas, ne se prive-t-on pas d'une possibilité de partage de savoirs entre deux milieux d'exercice professionnel différents mais complémentaires ? Le partenariat entre DSG et DSF me semble fondamental pour permettre ce partage d'expériences, de considérer chaque secteur comme source d'apprentissage permettant de développer des compétences potentiellement utiles et utilisables sur l'autre secteur. Pour tendre dans cette direction, une ouverture et une implication des DS dans la construction de parcours professionnalisants des cadres est essentielle.

La perspective pourrait, par exemple, s'envisager à travers le décroisement des formations des cadres (filières administrative, soignante, technique) en envisageant des instituts régionaux de formation des cadres (institut régional de management). Ainsi, les cadres pourraient bénéficier d'enseignement communs, mais surtout, ils pourraient travailler sur des situations de management, analyser leurs pratiques en mobilisant davantage d'angles de vue. La collaboration entre professionnels chez les personnes chargées d'encadrement n'en serait que meilleure, ce qui faciliterait très certainement les relations et la créativité collective.

Pour les IFSI, leur intégration des instituts de formation à l'université poserait d'autant plus la question du devenir des cadres formateurs et de leur place. Leur rôle pourrait alors s'envisager comme un trait d'union entre ce qui s'enseigne à l'université et ce qui s'apprend sur « le terrain » en termes de « bi appartenance » comme le préconise d'ailleurs le rapport de l'IGAS et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR)⁶⁷ en juin 2017. Leurs compétences pédagogiques, techniques, organisationnelles, relationnelles et managériales seront d'autant plus questionnées dans le cadre d'une intégration à l'université des formations paramédicales. Les établissements doivent donc envisager la stratégie à mettre en place pour permettre cette évolution en garantissant les effets escomptés. Une bonne collaboration entre DSG et DSF me semble fondamentale dans cette perspective.

8.3 Un projet managérial institutionnel destiné à placer le management au cœur de la stratégie

Le développement des compétences requiert de développer une « intelligence ». V. Citot⁶⁸ la définit comme « la capacité de discerner des rapports, quels qu'ils soient : de conséquence, de causalité, d'inclusion, d'identité, de différence, d'antériorité, d'égalité, de supériorité, etc. Un individu est d'autant plus intelligent qu'il peut discerner plus de relations entre les choses, les individus et les idées. Ce travail de discernement requiert lui-même deux facultés : l'esprit d'analyse et l'esprit de synthèse ».

Les moyens mis à disposition des cadres sont variables mais, lorsqu'ils existent, ils permettent de dresser un début de bilan positif de certaines expériences visant la réflexivité. Ce fut le cas dans l'établissement de l'enquête à travers les analyses de situation managériale (CREM). La place de l'erreur doit être permise de façon mesurée de manière à pouvoir progresser sans craindre un jugement définitif d'incompétence. La création d'un environnement capacitant (ou apprenant) me paraît le facteur contributif externe le plus efficace.

Ainsi, il s'agirait de tendre vers un environnement destiné à développer ce que S. Fernagu Oudet et C. Batal⁶⁹ nomment les « capacités ». Le développement des compétences des cadres passe donc par la possibilité d'un apprentissage permanent dans un contexte complexe où les repères de stabilité sont ébranlés.

67 Rapport IGAS et IGAENR. Juin 2017. Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé. Récupéré le 09/10/2017 sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000676.pdf>

68 Citot, V. (2014). Editorial : la double tâche de l'intelligence philosophique. *Le philosophe*, 42, (2), 5-7.

69 Ibid 25

Cela n'est possible qu'à la condition de faire de l'erreur une opportunité davantage qu'une menace. Selon L. Degos⁷⁰, « l'erreur sécurise. Notre société qui se complexifie par le progrès a précisément l'obligation de trouver les moyens de sécuriser ses circuits et interfaces afin d'adopter de nouvelles innovations. L'erreur nous aide à faire face à ce défi qui peut sembler relever de la gageure. L'erreur nous projette dans l'univers de la solidité des systèmes composant notre environnement, en permettant d'y inscrire plus de sécurité, alors qu'aucun autre moyen ne pouvait explorer la dangerosité de la conjonction de défauts, chacun paraissant a priori mineur (...) L'analyse de l'erreur ne sert donc généralement pas à éviter qu'un événement similaire se reproduise, mais à découvrir tous les maillons faibles qui, dans une autre circonstance ou dans une autre combinaison, participeraient à la survenue d'un accident (...) Il existe donc une balance entre la flexibilité engendrée par l'erreur, moteur de vie, et la stabilité normée qui prête le flanc à la flèche mortelle d'un changement de l'environnement ».

L'intention de faire du développement des compétences une priorité doit faire partie d'une stratégie déclinée à travers un projet. Pour ce qui concerne les cadres, ce projet prendrait la forme d'un projet managérial où, non seulement, la philosophie du management et la place des managers seraient rendues visibles, mais aussi les moyens de les accompagner. Parmi ces moyens, le projet pourrait, par exemple, proposer l'identification de personnes ressources expertes en management qui pourraient assurer une forme de tutorat durant la période de prise de fonction ou durant une période de formation empirique pour les FFCS. La mobilisation des RP pourrait contribuer à mettre à disposition des cadres des savoirs sur la gestion du personnel, sur la réglementation du travail ou bien encore sur leur rôle dans les instances. Le projet ferait apparaître également une offre variée de formations individuelles et collectives qui répondraient aux besoins exprimés tant pour un exercice en gestion que dans le secteur de la formation. Le partage de retours d'expérience mais aussi l'analyse de pratiques managériales constitueraient des opportunités de construction de savoirs utiles à mobiliser dans des situations aux composantes analogues. Un suivi managérial par le CSS ou le CDP viendrait compléter le dispositif aujourd'hui réduit au dispositif d'évaluation par la seule organisation de l'entretien annuel...Ce projet, pour qu'il soit adapté aux besoins du contexte, devrait être construit avec les bénéficiaires. Ainsi, les attendus en termes d'objectifs les concernant seraient connus, les actions définies ensemble et les indicateurs de suivi permettraient d'entretenir une dynamique dans cette ambition.

C'est d'ailleurs ce que préconisait le rapport De Singly pour contribuer à améliorer la lisibilité du travail des cadres. Le projet managérial doit directement s'articuler avec le projet

70 Degos, L. (2013). *Eloge de l'erreur*. Paris : Le pommier

d'établissement, et par ricochet, avec chacun des projets de l'établissement, en particulier le projet social, le projet de soins, et le projet médical. Il permet « d'améliorer l'efficacité de l'action individuelle et collective grâce à la mise en mouvement des acteurs autour d'un objectif commun. L'atteinte de cet objectif suppose qu'un certain nombre de conditions soient réunies relevant tant de l'organisation managériale, des conditions d'exercice de la fonction de manager, que des modalités de communication et de participation des personnels » .

Dans l'introduction de son projet managérial pour lequel il a reçu un trophée de l'innovation managériale, le groupement hospitalier des hôpitaux universitaires de l'est parisien (HUEP) fait apparaître en 2016, dès ses premières lignes, qu' « écrire un projet managérial c'est affirmer que la qualité du management est une condition de la qualité de vie au travail, du bon fonctionnement de l'hôpital, de la réussite de la conduite des projets et donc de la qualité de prise en charge des patients. L'existence d'un projet managérial confère de la légitimité à l'action managériale et doit permettre à chacun des « managers » d'être positionné en tant que tel aux yeux des autres managers et des équipes » .

Dans un contexte marqué par une complexité grandissante, le projet managérial permettrait à la fois de créer un collectif de travail par l'existence d'objectifs communs, de remettre du lien entre les acteurs et de disposer de la marge de manœuvre suffisante pour tenter d'innover en prenant le risque de se tromper de façon mesurée. Ainsi, le projet ne devrait pas apparaître comme contraignant mais comme une opportunité de s'engager dans l'inconnu.

Selon D. Genelot⁷¹ , les principes directeurs d'une organisation fondée sur la pensée complexe sont de considérer que : « l'organisation n'est pas un état fini, mais un processus de transformation permanente » mais aussi que l'organisation « est à la fois éco-auto-ré-organisation ». Pour cet auteur, l'éco-organisation est « l'ouverture et l'adaptation aux évolutions et à la diversité de l'environnement ». Par « auto-organisation », il entend le « développement de l'autonomie, c'est-à-dire de la capacité à élaborer et mettre en œuvre ses propres comportements de façon adaptée aux contraintes et sollicitations de l'environnement ».

La « ré-organisation » correspond à la « transformation permanente, subtil équilibre entre le renouvellement et la production ». Ainsi, selon cet auteur, les vrais enjeux de l'organisation se situent maintenant dans « le traitement de l'imprévu, de l'instabilité, des incidents et des bifurcations imprévisibles. Il devient illusoire et même dangereux de piloter les entreprises

71 Genelot, D. (2017). Manager dans (et avec) la complexité. Paris : Eyrolles

par une logique dominante de la prévision, cet art de remplacer l'incertitude par l'erreur ! (...) L'organisation ne consiste pas seulement à produire de « l'organisé » mais surtout de « l'organisant ». Elle consiste à se comporter en auteur actif d'une construction qui n'est pas écrite à l'avance ».

8.4 Adopter une communication de confiance et de soutien

Si l'enquête de ce travail a pu montrer qu'il était possible d'obtenir l'engagement des cadres dans les projets en réponse aux orientations institutionnelles, c'est en grande partie grâce à la confiance créée entre les directions et l'encadrement. Pour qu'une telle confiance s'établisse et se développe, le rapport entre ces acteurs doit être basé sur la recherche d'une alliance où l'autonomie est encouragée et possible. La communication doit être facilitée et encouragée sans craindre la censure ou le jugement qui aboutiraient à rompre la confiance. Il pourrait être fort utile de systématiser la production de rapports d'étonnement lors de la prise de fonction et lors de changements de postes pour accroître la réflexivité à l'échelle institutionnelle. Là le DS joue tout son rôle en adoptant une communication directe, régulière, authentique et respectueuse avec les cadres.

L'accompagnement passe par un suivi des besoins. Le travail du CDP et/ou du CSS consiste non seulement en un suivi, une évaluation et un contrôle du travail des cadres mais il devrait également davantage être porté sur la façon d'accompagner les besoins des cadres de proximité. Les organisations sont très marquées par la reproduction des modèles, y compris en matière de management. Ainsi, en soutenant et en se centrant sur les besoins des CDP et les CSS, le DS mettrait ainsi en place les conditions d'une reproduction de ce même style managérial entre les CDP et les CS ou FFCS. La prise de conscience de cet impact pourrait concourir à revoir les pratiques managériales et à rechercher à placer la confiance et le soutien au cœur des relations hiérarchiques considérant que l'exemplarité pourrait encourager ce cercle vertueux à tous les niveaux de management. En se rendant accessible, disponible et à l'écoute des cadres, le DS pourra ainsi espérer obtenir le développement d'une posture d'encadrement identique à l'égard des agents, source de meilleure qualité de vie au travail mais aussi de performance au travail.

Si la relation entre les directions s'établit dans ce même souci de communication, dans cette recherche de confiance et de soutien, les conditions de l'expression d'un besoin d'aide sont facilitées et la solidarité peut se développer. En s'autorisant à demander l'aide d'autrui, le DS montre l'importance du collectif pour la réussite et l'atteinte de l'objectif qui, à l'échelle individuelle, peut paraître insurmontable. Le choix de la communication à privilégier représente donc un levier essentiel dont toute la direction porte la responsabilité. Le chef

d'établissement impulse ce choix de mode relationnel avec l'appui, en particulier, du DS et du DRH qui constituent des maillons incontournables pour créer du lien non seulement avec les cadres mais aussi les représentants des organisations syndicales et l'ensemble des agents. Le développement des compétences des professionnels, et en particulier celles des cadres de santé, questionne donc la direction sur sa communication et sur la conscience dont elle fait preuve quant aux impacts de cette communication sur le climat social, lui-même vecteur de réussite ou d'échec. C'est de la congruence entre les intentions exprimées et la façon de les mettre en œuvre que naît la confiance, l'engagement, l'implication et l'envie de dépasser ses limites face à des contextes devenus extrêmement tendus. La recherche d'une intelligence collective passe nécessairement par une relation simple, authentique, respectueuse, à l'écoute et bienveillante vis-à-vis de chacun devant être considéré et reconnu par l'Institution.

Conclusion

Le développement des compétences des CS représente un enjeu important tant pour ces bénéficiaires eux-mêmes que pour les établissements publics de santé dans lesquels ils exercent ou leurs dirigeants.

Dans un monde de complexifié où l'incertitude et l'imprévu deviennent omniprésents, la question de savoir « en quoi le développement des compétences des cadres de santé est-il un levier managérial pour contribuer à la mise en œuvre des réformes hospitalières ? » doit s'envisager en termes de conviction et non plus en termes d'une hypothétique orientation sans intérêt majeur. Les cadres ayant répondu à l'enquête de ce travail ont montré, par leur participation très importante, combien le sujet les mobilise et combien leurs attentes sont importantes à prendre en compte pour réussir à mener à bien leurs missions

Les réformes hospitalières se succèdent à un rythme soutenu, les organisations sont totalement bouleversées et les professionnels doivent continuer à s'adapter pour faire aujourd'hui du parcours de soins et de santé non pas une intention mais une réalité. Développer ses capacités tout au long de la vie est entré dans les esprits, les cadres de santé cherchent à se former et réclament davantage de formations individuelles et collectives. Lorsqu'un dispositif d'accompagnement existe au sein de leur établissement, ils soulignent l'intérêt de prendre part à un collectif cadres, de partager des expériences et des savoirs, de développer leur réflexivité avec leurs pairs et leurs responsables hiérarchiques.

La complexité de notre monde questionne les modes managériaux jusqu'ici privilégiés. L'innovation et la créativité dont chacun doit à présent faire preuve ne pourront se développer qu'en considérant l'erreur et la prise de risques mesurés possible, dans un climat de confiance et de soutien accru aux acteurs, quitte à parfois sortir du cadre prescrit.

Le chef d'établissement, et plus spécifiquement, le DS et le DRH sont directement concernés par l'utilité d'une stratégie managériale directement en lien avec un projet managérial plaçant le sujet du management au coeur de toutes les actions envisagées pour offrir la meilleure prestation possible et légitimement attendue par l'utilisateur. En plaçant ce projet au centre et en interface avec l'ensemble des projets issus du projet d'établissement, les préconisations formulées par C. De Singly en 2009 pourraient permettre de mobiliser les cadres, acteurs incontournables de la mise en œuvre opérationnelle des projets. Lorsque la philosophie et la synergie de la DSIRMT et de la DRH œuvrent dans ce même sens, la gestion des compétences prend sens et la dynamique d'engagement s'enclenche. Le soutien et la

communication fluidifient les rapports et permettent de dépasser les craintes, naturellement issues du changement.

Pourtant, quand bien même les préconisations datent de près de dix ans, force est de constater que tous les établissements n'ont pas encore réussi à produire de projet managérial ou à le rendre visible dans leurs choix stratégiques. Cela pose encore la question de la priorité du management, de la capacité des dirigeants de s'engager dans une potentielle introspection de leur pratique managériale, ce qui n'est pas chose aisée. En s'orientant dans cette voie, ils gagneront pourtant en pertinence et en crédibilité afin de libérer l'intelligence collective devenue le seul moyen de répondre aux enjeux territoriaux de demain.

Les GHT portent en eux les craintes des professionnels bousculés dans leurs organisations, mais ils sont aussi l'opportunité de construire les compétences des cadres de demain. Il nous reste à être inventif, créatif mais surtout doublement volontaire pour y parvenir car, comme l'écrivait Shakespeare dans sa pièce de théâtre « Le marchand de Venise » (1600) : « si faire était aussi aisé que savoir ce qu'il est bon de faire, les chapelles seraient des églises et les chaumières des pauvres gens des palais de princes ».

Bibliographie

Ouvrages

Aïm, R. (2014). La gestion de projet. Issy-les Moulineaux : Gualino.

Benner. P. (1995). De novice à expert. Excellence en soins infirmiers. Paris : InterEditions.

Bourdieu, P. (1987). Espace social et pouvoir symbolique. Paris : Minuit.

Carré, P. (2005). L'apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir. Paris, France : Dunod.

Crozier, M., Friedberg, E., (1977), L'acteur et le système, Paris : Seuil.

Degos, L. (2013). Eloge de l'erreur. Paris : Le pommier.

Genelot. D. (2017). Manager dans (et avec) la complexité. Paris : Eyrolles.

Fernagu Houdet, S., Batal, C. (2016). (R)évolution du management des ressources humaines. Des compétences aux capacités. Villeneuve d'Ascq : Septentrion.

Haefliger, S. (2017). DRH et manager, levez-vous ! Vie et mort des organisations. Cormelles-le-Royal : EMS Management et Société.

Imbert, M. (2015). La communication managériale. Méthodes et bonnes pratiques. Paris : Dunod.

Le Boterf. G. (1999). Compétence et navigation professionnelle. Paris : Eyrolles.

Mispelblom Beyer, F. (2015). Encadrer, un métier impossible ? Paris : Dunod.

Vallerand, R. & Thill, E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Paris : Vigot.

Van Beirendonck, L. (2006). Tous compétents ! Le management des compétences dans l'entreprise. Bruxelles: De Boeck.

Zarifian. P. (2003). A quoi sert le travail ?, Paris : La Dispute.

Articles

Balivet, P. (2009). L'hôpital, acteur central d'une "nouvelle Santé publique? », *Après-demain*, 12, (4), 9-12. Récupéré le 13/06/2017 sur <http://www.cairn.info/revue-apres-demain-2009-4-page-9.htm>

Citot, V. (2014). Editorial : la double tâche de l'intelligence philosophique. *Le philosophe*, 42, (2), 5-7.

Coen. P. F. (2007). Evaluer des compétences : une tâche complexe ! *Educateur*, 2007, no. 4, p. 29-31. Récupéré le 08/09/2017 sur <http://doc.rero.ch/record/234450>

Courtois B., Pineau G. et al. (1991). La formation expérientielle des adultes. Documentation Française. Récupéré le 13/06/2017 sur <http://lllearning.free-h.net/A-GRAF/recherche/experien.htm>

Coulet. J.C. (2011). La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. *Le travail humain* (Vol.74), p1-30 Récupéré le 09 juin 2017 sur www.cairn.info/

Defelix, C. (2005). Définir et reconnaître les compétences des salariés dans les organisations : la négociation invisible. *Négociations*, no 4, p. 7-20. Récupéré le 9/6/2017 sur www.cairn.info/

Piotet, F. (2005). La sociologie du travail depuis Georges Friedmann. Récupéré le 18/09/2017 sur <http://ses.ens-lyon.fr/articles/la-sociologie-du-travail-depuis-georges-friedmann-25443>

Svandra, P. (2007). L'autonomie comme expression des « capacités ». *Ethique et santé*, 4, 74-77.

Vautard, A. (2016). La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) : démarche rochelaise, dynamique régionale, enjeu national. *Techniques hospitalières*, 758.

Vidal, J. (2006). Analyse clinique de conduites professionnelles : une méthodologie originale pour un travail en groupe. *Connexions*, n° 8, (2), 85-96

Textes législatifs

Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant (e) récupéré le 17/9/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Arrêté du 6 mai 1959 relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics. Récupéré le 18/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier récupéré le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Récupérée le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Récupéré le 15/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale récupérée le 27/07/ 2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Récupérée le 17/9/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Récupérée le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale. Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. Récupéré le 18/05/2017 de <https://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Récupéré le 18/05/2017 de <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière. Récupéré le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Récupérée le 17/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Décret n° 2010-1153 du 29 septembre 2010 portant application de l'article 65-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Récupéré le 18/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Circulaire DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière. Récupérée le 18/09/2017 sur <https://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Récupérée le 18/05/2017 de <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Direction Générale de l'Offre de Soins. Mission GHT. (2017). Récupéré le 18/05/2017 de <http://social-sante.gouv.fr>

Mémoire

Durantau. D. (2014). Le collectif cadre : de la solitude à la solidarité. Travail de mémoire. IFCS CHU Bordeaux. Récupéré le 18/09/2017 sur <https://www.cadredesante.com/pdf/memoire-cds-david-durantau.pdf>

Rapports

Boissier. P. (2012). Rapport 2012. L'hôpital. Inspection générale des affaires sociales. Récupéré le 17/09/2017 sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000107.pdf>

De Singly, C. (2009). Rapport de la mission cadres hospitaliers. Récupéré le 17/09/2017 sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

Rapport IGAS et IGAENR. Juin 2017. Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé. Récupéré le 09/10/2017 sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000676.pdf>

Autres documents

Réseau ANACT-ARACT. 10 questions sur la QVT. Récupéré le 28/07/2017 sur <https://www.anact.fr>

ANAP. (2011). Améliorer la gestion des ressources humaines. Evaluation professionnelle du personnel non médical. Recueil de pratiques observées. Récupéré le

18/09/2017 sur <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-evaluation-professionnelle-du-personnel-non-medical/>

ANFH. Guide pratique - La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences-comprendre. Récupéré le 6/06/2017 de <http://www.anfh.fr>

Dictionnaire Larousse disponible en ligne sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social conventions collectives. Accord national interprofessionnel qualité de vie au travail. Récupéré le 28/07/ 2017 de <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière. Consulté le 15/09/2017 sur <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

vidéo consultée le 31/08/2017, disponible en ligne sur http://www.uodc.fr/competences/video/v/video/repenser_les_liens_entre_le_travail_et_la_formation.html#detail-video

vidéo consultée le 31/08/2017, disponible en ligne sur http://www.uodc.fr/competences/video/v/video/quels_liens_entre_developpement_des_competences_et_performance.html#detail-video

Liste des annexes

ANNEXE 1 : questionnaire à destination des cadres de santé

ANNEXE 2 : grille d'entretien à destination des donneurs d'ordres

ANNEXE 1 : Questionnaire pour les cadres de santé et FFCS

Enquête mémoire élève directeur des soins

Madame, Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous les questions relatives à l'enquête destinée à mon mémoire d'élève directeur.

En remerciant sincèrement du temps et de l'intérêt que vous consacrerez à y répondre,

Valérie BOUGEARD

Elève directeur des soins

Promotion 2017 - Antoine de Saint Exupéry

"L'avenir, tu n'as point à le prévoir, mais à le permettre" (La citadelle)

N°1 (genre) - Vous êtes : *

- une femme
- un homme

N°2 (statut) - Vous êtes : *

- cadre de santé stagiaire
- cadre de santé titulaire
- faisant fonction cadre de santé

N°3 (ancienneté) - Vous êtes cadre de santé (ou FFCS) depuis : *

- moins de 5 ans
- 5 à 10 ans
- 11 à 20 ans
- 21 à 30 ans
- 31 à 40 ans
- plus de 40 ans

N°4 (filière) - Vous êtes issu-e de la filière : *

- infirmier-ère
- rééducation
- médico technique
- Autre :

N°5 (âge) - Vous avez : *

- entre 25 et 30 ans
- entre 31 et 40 ans
- entre 41 et 50 ans
- entre 51 et 60 ans
- 61 ans ou plus

N°6 (parcours) - Votre parcours professionnel s'est déroulé : *

- au sein de cet établissement uniquement
- dans différents établissements publics de santé
- en établissement de santé privé à but non lucratif (ESPIC)
- en établissement de santé privé à but lucratif
- dans le secteur de la santé en-dehors d'un établissement sanitaire ou médico-social
- dans un autre secteur professionnel (hors santé)
- Autre :

N°7 (type poste) Vous êtes actuellement positionné-e sur un poste :

- en gestion
- en formation
- transversal entre gestion et formation (majorité temps gestion)
- transversal entre gestion et formation (majorité temps formation)
- Autre

N°8 (Uniquement si vous exercez en gestion) indiquer vos activités principalement menées au quotidien (choix multiple possible) :

- Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités
- Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles
- Gestion et développement des compétences
- Animation de la démarche qualité et gestion des risques
- Mise en place et animation de projets
- Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation
- Autre :

N°8 bis (Uniquement si vous exercez en gestion) Si vous avez indiqué "autre" à la question 8, lister les activités auxquelles vous pensez :

N°9 (Uniquement si vous exercez en formation), indiquer vos activités principalement menées au quotidien (choix multiple possible) :

- Conception, organisation, gestion et coordination des dispositifs de formation professionnelle initiale et continue, en soins et en santé
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources pour un dispositif de formation
- Réalisation de prestations d'enseignement et de formation auprès des étudiants et des professionnels en soins et en santé
- Accompagnement de la personne dans son projet de formation
- Animation de la démarche qualité de la formation
- Mise en place et animation de projets

- Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation
- Autre :

N°9 bis (Uniquement si vous exercez en formation) Si vous avez indiqué "autre" à la question 9, lister les activités auxquelles vous pensez :

N°10 (compétence) Citer 5 mots reflétant votre définition de la compétence *

N°11 (compétences / gestion) Si vous exercez en gestion (ou majoritairement), indiquer les compétences qui vous semblent prioritairement mobilisées dans votre quotidien (choix multiple possible):

- Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin
- Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin
- Manager des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin
- Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle
- Contrôler et évaluer les activités
- Conduire une démarche qualité et de gestion des risques
- Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche
- Communiquer, transmettre les informations et rendre compte

N°12 (compétences / formation) Si vous exercez en formation (ou majoritairement), indiquer les compétences qui vous semblent prioritairement mobilisées dans votre quotidien (choix multiple possible):

- Concevoir et organiser un dispositif de formation dans le domaine de la santé et des soins
- Organiser et coordonner les parcours de formation en alternance dans le domaine de la santé et des soins
- Concevoir et animer des actions de formation initiale et continue dans le domaine de la santé et des soins
- Accompagner les personnes dans leur parcours de formation dans le domaine de la santé et des soins
- Evaluer les connaissances et les compétences des personnes en formation dans le domaine de la santé et des soins
- Evaluer la qualité des prestations et s'inscrire dans une démarche qualité
- Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche
- Communiquer et transmettre les informations

N°13 (compétences à développer) Quel que soit votre poste, indiquer les activités pour lesquelles vous estimez ne pas disposer de compétences suffisantes dans votre quotidien *

N°14 (formations diplômantes) Vous avez bénéficié de formations diplômantes depuis l'obtention de votre diplôme de cadre de santé : *

- oui
- Non

N°15 (type formation diplômante) Si vous avez bénéficié de formations diplômantes, il s'agit de :

- un ou des diplômes universitaires type DU
- un ou des diplômes universitaires niveau Licence
- un ou des diplômes universitaires niveau Master
- un ou des diplômes universitaires niveau Doctorat
- un autre diplôme professionnel que celui de votre filière d'origine
- une certification professionnelle
- Autre :

N°16 (fiche de poste) Les missions et activités qui vous sont confiées sont recensées dans une fiche de poste : *

- oui
- Non

N°17 (relation DS) De la qualité du lien entretenu avec la direction des soins du CH, vous diriez que vous êtes : *

- très satisfait-e
- plutôt satisfait-e
- peu satisfait-e
- pas de tout satisfait-e
- indifférent-e

N°18 (relation DRH) De la qualité du lien entretenu avec la direction des ressources humaines du CH, vous diriez que vous êtes : *

- très satisfait-e
- plutôt satisfait-e
- peu satisfait-e
- pas de tout satisfait-e
- indifférent-e

N°19 (communication) De la qualité du niveau de communication au sein de l'institution, vous diriez que vous êtes : *

- très satisfait-e
- plutôt satisfait-e
- peu satisfait-e

- pas de tout satisfait-e
- indifférent-e

N°20 (confiance) Du climat de confiance entre la direction et l'encadrement au sein de l'institution, vous diriez que vous êtes : *

- très satisfait-e
- plutôt satisfait-e
- peu satisfait-e
- pas de tout satisfait-e
- indifférent-e

N°21 (soutien) De la qualité du soutien institutionnel accordé aux cadres de santé dans l'établissement, vous diriez que vous êtes : *

- très satisfait-e
- plutôt satisfait-e
- peu satisfait-e
- pas de tout satisfait-e
- indifférent-e

N°22 (formation) De la qualité du niveau de formation individualisée offert au sein de l'institution, vous diriez que vous êtes : *

- très satisfait-e
- plutôt satisfait-e
- peu satisfait-e
- pas de tout satisfait-e
- indifférent-e

n°23 (évaluation) Des modalités d'évaluation de vos pratiques managériales par votre responsable hiérarchique, vous diriez que vous êtes : *

- très satisfait-e
- plutôt satisfait-e
- peu satisfait-e
- pas de tout satisfait-e
- indifférent-e

N°24 (libre) Cette partie est libre pour vous permettre de laisser des commentaires sur la politique managériale de l'institution (ou autre)et/ou votre adresse électronique pour obtenir un retour de ce travail fin 2017

ANNEXE 2 : Grille d'entretien à destinations des donneurs d'ordres

	Objectifs	Questions
1 DRH	<p>Attentes et vision</p> <ul style="list-style-type: none"> Recrutement des cadres perspectives compétences cadres/GHT <p>Rôle et Actions</p> <ul style="list-style-type: none"> plus value (apport fonction) Formation des cadres /politique promotionnelle Trajectoires/ Mobilité des cadres/parcours/durée postes Bourse de l'emploi projets (social, managérial) pilotage Ad hoc <p>- identifier les attentes vis-à-vis des cadres, les occasions de sollicitations</p> <p>- repérer les actions mises en place dans l'institution pour développer les compétences des cadres</p> <p>- recueillir le mode opératoire visant à renouveler les personnes quittant l'établissement</p> <p>- identifier son intérêt pour le développement des compétences des cadres</p> <p>- repérer le niveau de collaboration avec le DS et les RP en matière de formation des cadres</p> <p>- recueillir les représentations en matière de projet managérial</p>	<p>- quelles sont vos attentes en matière de compétences des cadres de santé dans l'établissement aujourd'hui ?</p> <p>- quelles actions sont ici menées pour contribuer à leur développement ?</p> <p>- comment procédez-vous pour remplacer des départs de cadres de santé dans cet établissement ?</p> <p>- en quoi est-ce un sujet qui vous mobilise ?</p> <p>- comment collaborez-vous avec la DSIRMT sur ce sujet ? Et avec les RP ?</p> <p>- que signifie pour vous un « projet managérial » ?</p>
1 DS	<p>Attentes et vision</p> <ul style="list-style-type: none"> Recrutement des cadres perspectives compétences cadres/GHT <p>Rôle et Actions</p> <ul style="list-style-type: none"> plus value (apport fonction) Formation des cadres /politique promotionnelle 	<p>- Quel est le niveau de compétences attendu aujourd'hui chez les cadres de santé ?</p> <p>- Que signifie pour vous « un cadre opérationnel » ?</p> <p>- dans quelle mesure le développement des compétences des cadres représente un sujet pour vous ?</p> <p>- comment faites-vous pour développer</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Trajectoires/ Mobilité des cadres/parcours/durée postes • Bourse de l'emploi • projets (social,managérial) pilotage Ad hoc <p>- identifier le niveau de compétences requis chez les cadres selon le DS</p> <p>- recueillir ses représentations sur le besoin de leur opérationnalité</p> <p>- identifier son niveau de priorisation sur le sujet du développement des compétences des cadres</p> <p>- repérer son plan d'actions et les indicateurs permettant de le suivre</p> <p>- identifier les facteurs de réussite au développement des compétences locales</p> <p>- recueillir ses représentations sur ce que serait un projet managérial et son contenu</p>	<p>leurs compétences ?</p> <p>- comment suivez-vous leur évolution ?</p> <p>- qu'est-ce qui contribue à leur développement ?</p> <p>- que signifie pour vous un projet managérial ?</p>
<p>2 Chefs de service</p>	<p>Attentes et vision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recrutement des cadres • perspectives compétences cadres/GHT <p>Rôle et Actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • critères choix • activités en collaboration • Formation des cadres /politique promotionnelle <p>- recueillir leurs attentes en termes de compétences et d'opérationnalité des cadres de proximité</p> <p>- repérer les critères de choix lors du recrutement des cadres</p> <p>- identifier la procédure de recrutement des cadres</p> <p>- identifier les enjeux sous tendus par leur collaboration avec les cadres</p> <p>- recueillir leurs suggestions en matière d'évolution de la fonction cadre</p>	<p>- comment se fait le choix d'affectation d'un cadre de santé dans le service ?-</p> <p>- qu'attendez-vous des cadres de santé dans le service ?</p> <p>- comment collaborez-vous avec l'encadrement de proximité ?</p> <p>- quelle évolution voyez-vous dans cette fonction ?</p> <p>- quelle position avez-vous pour le choix des formations du pôle en faveur des cadres de santé pour contribuer au développement de leurs compétences ?</p>

<p>2 Cadres de pôles</p>	<p>Rôle et Actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • rôle de cadre de pôle • critères choix • activités en collaboration <p>Formation des cadres /politique promotionnelle</p> <p>Attentes et vision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recrutement des cadres • perspectives compétences cadres/GHT <p>- recueillir leurs attentes en termes de compétences et d'opérationnalité des cadres de santé</p> <p>- identifier leur rôle en matière de développement des compétences des cadres de proximité</p> <p>- repérer les critères de choix dans le recrutement et l'affectation des cadres</p> <p>- repérer leur niveau de collaboration avec la DSIRMT et la DRH pour suivre les compétences des cadres</p> <p>- identifier les outils permettant d'objectiver le niveau de compétences</p>	<p>- comment définissez-vous votre rôle de cadre de pôle ?</p> <p>-qu'attendez-vous d'un cadre de santé dans votre pôle ?</p> <p>- quels sont vos critères de choix lorsque vous contribuez à leur recrutement et/ou leur affectation ?</p> <p>- comment qualifieriez-vous leur niveau de compétences ?</p> <p>- quel rôle jouez-vous pour développer les compétences des cadres sur le pôle et dans l'établissement ?</p> <p>- Quel est votre niveau de collaboration avec la DRH et la DSIRMT sur ce sujet ?</p> <p>- Comment suivez-vous l'évolution des compétences des cadres sur le pôle ?</p> <p>- quelle position avez-vous pour le choix des formations du pôle en faveur des cadres de santé pour contribuer au développement de leurs compétences ?</p>
<p>1 RFC</p>	<p>Rôle et Actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • missions • plan de formation • politique choix / critères formations des cadres et FFCS • activités en collaboration cadres de pôles et CS <p>- identifier les étapes d'élaboration du plan de formation destiné aux cadres</p> <p>- repérer le niveau de priorité de formation pour les cadres</p> <p>- recueillir l'expression des besoins de formation des cadres</p> <p>- identifier le niveau de réponse aux</p>	<p>- Comment définiriez-vous vos missions ?</p> <p>- Comment s'élabore le plan de formation ?</p> <p>- Quel est le degré de formation des cadres dans l'établissement ?</p> <p>- Comment sont recueillis et traités leurs besoins de formation ?</p> <p>- Comment collaborez-vous avec les responsables de pôles tout au long de processus ?</p> <p>- comment collaborez-vous avec les CS e les FFCS dans l'établissement ?</p> <p>- Que pensez-vous des réponses données face aux demandes de formation des cadres ?</p>

	<p>demandes de formation formulées par les cadres</p> <ul style="list-style-type: none"> - repérer le mode de collaboration avec les responsables de pôles pour l'arbitrage des choix 	
1 RP	<p>Rôle et Actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • missions • intérêt • représentations / compétences • plan de formation • projet managérial <ul style="list-style-type: none"> - repérer le rôle des RP dans la stratégie d'accompagnement des cadres pour développer leurs compétences - identifier leurs représentations des compétences prioritairement mobilisées par les cadres - identifier leur niveau d'intérêt et d'implication pour le sujet - repérer leurs représentations vis-à-vis des enjeux du développement des compétences des cadres - recueillir leurs représentations sur ce que serait un projet managérial 	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est votre rôle en matière de développement des compétences des professionnels ? Et pour les cadres de santé ? - Quelles compétences vous semblent prioritairement mobilisées par les cadres de santé aujourd'hui ? - Dans quelle mesure vous intéressez-vous à ce sujet ? - Que représente pour vous un « projet managérial » ? Que vise-t-il ?

BOUGEARD

Valérie

Décembre 2017

Filière Directeur des Soins

Promotion 2017

Développer les compétences des cadres de santé : l'intérêt d'une stratégie managériale partagée par le directeur des soins et le directeur des ressources humaines

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Le développement des compétences des cadres de santé est un sujet particulièrement d'actualité dans un contexte hospitalier marqué par des réformes successives qui tendent à s'accélérer sous la pression économique dans laquelle sont placés les établissements publics de santé.

Si ce métier a connu des évolutions, il s'inscrit dans un processus de changements et de nouvelles perspectives dans un périmètre aujourd'hui élargi au territoire. La question porte sur l'intérêt pour le directeur des soins de se saisir de ce constat pour faire du développement des compétences des cadres de santé un levier managérial.

La notion de compétences, ses déterminants, les enjeux de son développement servent d'ancrage théorique à l'étude ensuite complétée par une enquête mixte réalisée dans une double approche : quantitative et qualitative. Les cadres de santé sont interrogés via un questionnaire anonyme de façon monocentrique quand leurs donneurs d'ordres sont approchés par entretiens semi directifs afin d'explorer leurs attentes vis-à-vis des cadres de santé, leurs représentations de leurs compétences et sur les actions qu'ils contribuent à mettre en œuvre dans cet objectif.

Les résultats montrent un satisfecit relatif des cadres quant au dispositif d'accompagnement qui leur est offert. S'ils apprécient un engagement et une disponibilité des dirigeants, ils souhaitent davantage de formations individualisées, de communication directe avec la direction et une visibilité de l'intention des donneurs d'ordres sur la place faite aux managers des établissements.

L'élaboration d'un projet managérial construit dans une stratégie co construite entre le directeur des soins et le directeur des ressources humaines constituent des pistes de réflexion pour tendre à atteindre l'objectif. Les GHT ouvrent des perspectives et des opportunités dont les cadres aimeraient pouvoir se saisir.

Mots clés :

Cadres de santé, compétences, projet managérial, stratégie managériale, directeur des soins, directeur des ressources humaines, management, formation

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.