



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2004

Les référentiels professionnels cadre de santé

Quels usages pour gérer les compétences dans un système
complexe ?

Eric ROUSSEL

R e m e r c i e m e n t s

Professionnels des hôpitaux, consultants ou enseignants de l'École Nationale de la Santé publique, nombreux sont ceux qui ont consacré une partie de leur temps pour offrir une écoute attentive à mes questions. Tous mes remerciements à ces personnes qui ont bien voulu répondre à mes sollicitations lors de la réalisation de ce travail.

Un merci particulier au club des 6 car il fut un véritable lieu ressource lors des moments de doute.

Sommaire

INTRODUCTION	3
I. LA RECONNAISSANCE DES CADRES DE SANTE : DES DIFFICULTES RECONNUES.....	7
I.1 LE MALAISE DES CADRES DE SANTE.	8
I.2 UN CONSTAT QUI VA AU DELA DU MONDE DE LA SANTE.	9
I.3 UNE LEGISLATION QUI NE POSE PAS « DE CADRE ».	10
I.4 CADRE DE SANTE : UNE EVOLUTION ENTRE METIER ET FONCTION.....	11
I.5 DES CONSTATS PARTAGES POUR QUELQUES PRECONISATIONS.	13
II. RECONNAITRE LES CADRES DE SANTE.....	15
II.1 POUR RECONNAITRE IL FAUT CONNAITRE.	15
II.1.1 Les référentiels : des outils pour connaître.	16
II.1.2 Les objectifs du référentiel.....	16
II.1.3 Le contenu de quelques référentiels.....	17
II.1.3.1. Tableau comparatif de quelques référentiels cadres de santé	18
II.1.3.2 Comparaison des modes de construction	20
II.1.3.3 Comparaison des contenus	20
II.2 DU METIER A LA COMPETENCE UNE EVOLUTION INEXORABLE.	21
II.2.1 La notion de métier.	21
II.2.2 Les notions d'emploi et de poste de travail.	22
II.2.3 Le concept de compétence.	23
II.3 POUR RECONNAITRE IL FAUT PERSONNALISER ET EVALUER.....	26
II.3.1 Construire les références.	26
II.3.2 Faire évoluer les références.....	27
II.3.3 Contractualiser les missions.....	28
II.4 DES REFERENTIELS A LA REFERENTIALISATION.	28
II.5 HYPOTHESES	29
III LE RECUEIL D'INFORMATIONS.	31
III.1 DES ENTRETIENS POUR ECLAIRCIR LE SUJET.	31
III.2 LE QUESTIONNAIRE.	32
III.2.1 La population cible : les directeurs de soins.....	33
III.2.2 Une population complémentaire : les directeurs de ressources humaines.....	33

III.2.3 Elaboration du questionnaire.....	33
III.3 LES LIMITES DE L'ETUDE.....	34
III.4. LES ATTENDUS.....	35
III.5 LES RESULTATS.....	36
III.5.1 Taux de réponses	36
III.5.2 Tris à plat.....	36
III.5.3 Tris croisés.....	40
III.5.4 L'analyse de contenu	41
IV ANALYSE	43
IV.1 LA FORMALISATION DU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE : UN SUJET D'ACTUALITE	43
IV.2 QUEL TYPE DE REFERENCES ?	44
IV.3 REFERENTIEL OU/ET REFERENTIALISATION ?	45
IV.4 QUELLES APPROCHES DE LA COMPETENCE DES CADRES DE SANTE ?	46
IV.4.1 Compétences individuelles	46
IV.4.2 Compétences collectives	47
IV.5 QUELLES MODALITES DE LA REFERENTIALISATION ?	48
V DES PROPOSITIONS POUR L'ACTION DU DIRECTEUR DES SOINS	49
V.1 DONNER DU SENS AU TRAVAIL DU CADRE DE SANTE	49
V.2 PROFESSIONNALISER LE METIER DE CADRE DE SANTE	51
V.3 PRECONISATIONS POUR UNE REFERENTIALISATION DES COMPETENCES DU CADRE DE SANTE	52
V.3.1 La démarche.....	52
V.3.2 Quel document ?	54
V.4 A PROPOS D'UN EXEMPLE	54
CONCLUSION.....	59
Glossaire.....	61
Bibliographie	63
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- A.N.A.E.S** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- A.N.C.I.M** : Association Nationale des Cadres Infirmiers et Médico-techniques
- AP-HP** : l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
- C.H.S.C.T** : Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail
- D.E.P.M** : Directeur d'Ecole Paramédicale
- D.H.O.S** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- D.R.H** : Directeur des Ressources Humaines
- E.N.S.P** : Ecole Nationale de la Santé Publique
- I.F.C.S** : Institut de Formation des Cadres de Santé

INTRODUCTION

L'engagement des établissements publics de santé dans une démarche d'amélioration de la qualité des services rendus aux usagers s'appuie sur une politique institutionnelle claire et sur la qualité du management. Si l'ensemble des acteurs hospitaliers est impliqué dans cette qualité managériale, les cadres de santé sont des interfaces essentielles au bon fonctionnement du système complexe que représente l'hôpital moderne. L'efficacité de leur action, l'étendue de leur valeur ajoutée reposent sur un positionnement, une posture au sens de Jacques Ardoino^{1 2}, clairement affichée et pleinement assumée.

Aujourd'hui les cadres de santé³ sont en difficulté et l'expriment dans la rue. Ils revendiquent haut et fort une meilleure reconnaissance, et la prise en considération du caractère indispensable de leur fonction. La construction d'une partie de la solution leur appartient.

Ils doivent cependant être accompagnés et soutenus dans ce challenge. C'est l'une des missions du directeur des soins. En effet le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, dans ses articles 4 et 6 pose que « *le directeur des soins, coordonnateur général des soins, [...] dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé* » (Art. 4), et qu'il est « *assisté dans ses missions par des directeurs des soins* ». (Art. 6). L'exercice de cette autorité hiérarchique oblige le directeur des soins : il doit co-définir avec l'ensemble de l'équipe de direction et le corps médical, les orientations stratégiques et la politique managériale de l'hôpital. A ces fins, il oriente, affiche et garantit les finalités, les moyens, les limites et les conditions du travail des cadres. L'exercice de cette responsabilité est une pratique quotidienne qui nécessite des outils parmi lesquels se trouvent les référentiels métier et/ou de compétences.

Développés dans le milieu de l'entreprise, les référentiels deviennent progressivement une réalité à l'hôpital. Considérés comme des outils de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences⁴, leur élaboration, leur diffusion et leur utilisation restent entachées

¹ La posture n'est pas une position choisie et qu'on voudrait conserver, c'est bien davantage une façon d'être, une attitude c'est-à-dire une façon d'aborder la chose, dans tel ou tel état d'esprit. La posture renvoie au projet.

² In : **ARDOINO. J.**, *Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant*, in : J. Ardoino et G. Mialaret, *Les nouvelles formes de la recherche en éducation*, Andsha, Paris, 1990, pp. 22-34.

³ Lire à chaque fois **cadre de santé** au sens du décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. C'est-à-dire regroupant les grades de cadre de santé et cadre supérieur de santé

⁴ **LACHENAYE-LLANAS.C, JOUFFRE.B.** *La gestion par les compétences : Un outil du projet...et du progrès social.* Gestions Hospitalières, février 1998, pp. 113-116.

de nombreuses incertitudes. Les confusions sémantiques et théoriques au sujet des références qui les constituent sont légion. Les intitulés mêmes de ces référentiels ne sont pas toujours clairs et les ambivalences s'installent. Par ailleurs les sources de leur production sont le plus souvent mono-typées. Il s'agit régulièrement d'organismes ou d'instituts de formation.

Le problème posé est donc celui de l'usage que peut faire le directeur des soins des référentiels professionnels cadre de santé. Plusieurs questions sous-tendent ce problème. Quelle est l'implication des directeurs des soins dans la construction des référentiels cadre de santé ? Quels sont les référentiels disponibles aujourd'hui ? De quel type de référentiel a besoin le directeur des soins ? Le référentiel est-il un outil de gestion ou de formalisation⁵ du travail des cadres de santé ? Le référentiel est-il utile en tant qu'outil fini ? Et/ou comme résultat d'un processus de construction d'un système de références ?

Il s'agit moins de mettre en évidence les activités du cadre de santé, que de déduire à partir de celles-ci, quelles sont les compétences à mettre en œuvre. Plusieurs études^{6 7 8} ont déjà décrit les domaines d'activités investis par les cadres. De façon cohérente ces trois enquêtes montrent un engagement fort dans la gestion des ressources humaines et l'émergence timide de la fonction contrôle. Elles révèlent une part encore importante d'activités qui ne sont pas dans les missions des cadres. Elles confirment l'existence d'un écart entre travail prescrit et travail réel : mais aussi quelques divergences de « prescriptions » selon les partenaires du cadre. Notre intention n'est donc pas de reproduire une étude de ce type, mais de comprendre comment passer de l'analyse du travail des cadres à l'élaboration de référentiels utiles à la gestion des compétences.

Les questions posées par ce problème sont à la fois spécifiques et générales. Spécifiques car elles s'adressent à la gestion des compétences d'une catégorie professionnelle : les cadres. Générales car elles concernent l'identité cadre et peuvent être transposées à la problématique globale de gestion prévisionnelle des compétences à l'hôpital. Dans un milieu complexe qui vit avec les contraintes d'une démographie des professions médicales et paramédicales défavorable et d'une évolution qui ne cesse de s'accélérer, ces questions méritent la plus grande attention de l'ensemble des managers.

⁵ Le terme de formalisation est employé couramment comme l'action de mettre en forme. C'est aussi poser explicitement les règles selon lesquelles on raisonne.

⁶ **ROUSSELE.** *Comment le cadre organise son temps ?* In : Acta 2003 des Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée, avril 2003, pp. 21-29.

⁷ **D.R.A.S.S. des Pays de Loire.** *Le métier de cadre de santé.* In Echo des Stat, janvier 2004, 4 p.

⁸ **I.F.C.S. DE L'AP-HP.** *Une équipe à la recherche d'un niveau supérieur dans la qualité de la formation.* Rapport d'étude. Juin 2002, 81 p.

A titre personnel ce travail s'inscrit dans une double continuité professionnelle. Une continuité d'exercice du management qui va d'une activité de cadre dans une unité de rééducation à une future activité de directeur des soins, en passant par 5 années de travail en qualité de formateur dans un institut de formation des cadres de santé (I.F.C.S). Mais également dans une continuité d'étude et de recherche sur le thème des référentiels compétence cadre de santé. Ces quelques pages sont donc marquées d'une implication et d'une subjectivité qu'il ne s'agit pas de nier mais de distancier.

La progression de ce travail a consisté à poser plusieurs constats au sujet des difficultés rencontrées par les cadres de santé, en les confrontant à des points de vue expérientiels issus d'articles professionnels et d'entretiens exploratoires. Dans une deuxième partie un questionnement théorique interroge essentiellement les notions de métier, de compétence et de référentiel, et propose de situer l'action du directeur des soins au sein des procédures d'élaboration des systèmes de références. La troisième partie précise les modalités de recueil et d'analyse des informations recherchées pour tester les hypothèses de recherche. La dernière partie s'appuie sur l'analyse des résultats obtenus par l'enquête pour formuler différentes propositions d'actions concrètes du directeur des soins sur le thème de la gestion des compétences cadre au sein de son établissement d'affectation.

I. LA RECONNAISSANCE DES CADRES DE SANTE : DES DIFFICULTES RECONNUES.

A l'hôpital aujourd'hui le métier de cadre de santé peut être considéré comme sensible et difficile car :

- Il est en forte évolution. En effet il suit les transformations structurelles et fonctionnelles de l'hôpital qui ne cesse de changer au fil des réformes législatives et des progrès technologiques. Par ailleurs les changements statutaires⁹ et les transformations de la formation initiale¹⁰ favorisent et accompagnent l'adaptation des rôles et missions du cadre.
- Il existe un écart entre les attentes des directions d'établissements (travail prescrit) et le travail réel du cadre de santé. Une étude¹¹ menée entre novembre 2000 et avril 2001 par l'Institut de Formation des Cadres de Santé (I.F.C.S) de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) montre, par exemple, que pour les dirigeants, les cadres consacrent trop de temps à l'élaboration des plannings et pas assez à la fonction contrôle.
- Le cadre de santé a un positionnement hiérarchique et fonctionnel difficile entre trois logiques de fonctionnement pas toujours compatibles (celles de l'administration, du corps médical et des équipes de professionnels). Cette position est encore compliquée par le paradoxe lié à la confrontation des attentes émanant des dirigeants « d'hier » et de ceux de « demain ».

Aujourd'hui cela a pour effet de consacrer une véritable **sédimentation** du travail du cadre de santé. En effet ce dernier a successivement été un expert, puis un gestionnaire, un manager et maintenant un évaluateur.

A la fin des années 60 les cadres, appelés surveillant(e)s étaient, sur la base d'une expertise reconnue, nommés à l'ancienneté. Fidélité à une discipline et maîtrise technique étaient les valeurs nécessaires pour obtenir une promotion. À partir de 1970 le développement de structures hospitalières plus complexes ont nécessité l'acquisition de compétences de gestionnaire. Le cadre, de plus en plus souvent formé à l'école des cadres, devient alors un « comptable » qui doit gérer un budget, du matériel et plus tard

⁹ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

¹⁰ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme cadre de santé.

¹¹ **I.F.C.S. DE L'AP-HP.** *Une équipe à la recherche d'un niveau supérieur dans la qualité de la formation.* Op. Cit.

des ressources humaines. Les années 80 sont l'ère du management des hommes. Motiver, dynamiser, conduire des projets d'équipe sont les maîtres mots d'un cadre qui cumule les « casquettes ». Enfin avec les années 90 et les conséquences de l'affaire du sang contaminé, ce sont la gestion des risques et l'assurance qualité qui font irruption à l'hôpital. Le cadre de santé doit désormais s'assurer de la qualité des prestations et de la sécurité des usagers.

Sachant que les premières missions n'ont pas été abandonnées, le cadre finit par cumuler un nombre considérable de fonctions parmi lesquelles il peut avoir du mal à se retrouver. Aujourd'hui les décideurs souhaitent que le cadre de santé soit un évaluateur qui développe sa fonction contrôle, or il n'a pas désinvesti ses anciennes fonctions.

Pour toutes ces raisons il lui est difficile d'identifier clairement son cœur de métier et en conséquence d'occuper une position stable et efficace.

I.1 Le malaise des cadres de santé.

Ces difficultés se manifestent par un malaise perçu dont les causes sont à la fois multiples, variées, interdépendantes et mal identifiées. Danielle Cadet affirme que ce malaise « se traduit par des démissions, des baisses de motivation, du mécontentement, du désintérêt à s'engager dans la filière »¹². Au-delà des raisons précédemment évoquées, cet auteur constate l'apparition de contraintes de plus en plus lourdes avec « de nouvelles responsabilités transversales »¹³, les sollicitations de nombreuses directions fonctionnelles (soins, qualité, travaux, services économiques...) et « un comportement des équipes qui a beaucoup évolué »¹⁴, avec des valeurs qui changent.

Dans un article récent¹⁵ Clara de Bort et Serge Fourans insistent en écrivant que « *Le malaise des cadres est donc bien réel ; multifactoriel, dépassant largement les restrictions budgétaires trop souvent avancées comme cause de tous les maux, il fait figure de symptôme du malaise d'un hôpital qui a plus évolué en quatre décennies qu'en quatre siècles.* »

¹² CADET.D. *Comment peut-on être cadre en l'an 2000 ?* Soins Cadres, n°35, 3^{ème} trimestre 2000. p 41

¹³ ibid.

¹⁴ ibid.

¹⁵ DE BORT.C, FOURNANS.S. *Le malaise des cadres hospitaliers.* Revue hospitalière de France, janvier – février 2003, n°490, p 53.

En 1997 une enquête de psychodynamique du travail est menée auprès des cadres et cadres supérieurs infirmiers de l'AP-HP¹⁶. Réalisée à la demande du Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail (C.H.S.C.T) central, cette étude vise à questionner le rapport entre l'organisation du travail et le malaise des cadres. Ce travail témoigne d'une réelle souffrance au travail avec pour les cadres un « *déni collectif de la maternité* » lié à l'emprise de la vie professionnelle sur la vie privée, et un « *déficit chronique de reconnaissance* ». les cadres supérieurs parlent eux d'une « *absence d'esprit de corps* ». Il n'y a donc ni reconnaissance interne, ni reconnaissance externe. Il est notable que cette enquête qui devait être menée auprès des autres cadres, de santé et administratifs de l'institution n'a pas été poursuivie.

I.2 Un constat qui va au delà du monde de la santé.

Le constat du malaise des cadres n'est pas spécifique à l'hôpital. Différents auteurs en retrouvent les traces dans le monde de l'industrie et de l'entreprise. Dès 1980 Luc Boltanski¹⁷ décide d'interroger le titre de cadre dont il constate qu'il est un terme « *indigène* » propre à la France. L'auteur évoque la difficulté de définir la notion de cadre. Il pose la question de l'existence même de la catégorie des cadres au travers des problématiques d'accès à la fonction, d'écart entre le travail prescrit et le travail réel, de « *manipulation* » de ce groupe social par les dirigeants et de concurrence entre les personnes diplômées et les autodidactes. Sans parler de malaise, il estime que l'identité sociale, donc la reconnaissance des cadres est une énigme.

En avril 2004, Evelyne Jardin propose un article¹⁸ qui fait un historique et la synthèse des études récentes sur le travail des cadres. Intitulé « *la métamorphose des cadres* » il montre que de profonds changements sont à l'œuvre et « *se conjuguent pour rendre les carrières de plus en plus aléatoires, engendrant un mal-être persistant* ». Les cadres souffrent d'une part, des effets de leur travail prescrit dont la charge s'est complexifiée et accrue, d'autre part « *des effets néfastes* » de leur travail réel. Etre cadre c'est être présent dans son entreprise mais aussi « *penser à son travail le week-end* ». Le cadre doit être disponible pour son employeur, mais aussi plus réactif et à l'écoute de clients de plus en plus exigeants. Sans totalement superposer le travail du cadre à l'hôpital à celui de l'entreprise de nombreux parallèles sont possibles. L'auteur rapporte enfin deux informations qui confortent encore les rapprochements. D'une part les cadres de la fonction publique représentent aujourd'hui « *le tiers des effectifs de la catégorie*

¹⁶ C.N.A.M. *Enquête de psychodynamique du travail auprès des cadres infirmiers et cadres supérieurs infirmiers de l'AP-HP*. 1998, 53 p.

¹⁷ BOLTANSKI L. *Les cadres : la formation d'un groupe social*. Paris : Ed de minuit, 1982, 503 p.

¹⁸ JARDIN E. *La métamorphose des cadres*. Sciences Humaines, avril 2004, n°148, pp. 14-18.

socioprofessionnelle cadre ». D'autre part le groupe social des cadres «*aurait plutôt tendance à s'homogénéiser* » avec en particulier un niveau de diplôme qui devient déterminant à l'instar de ce qu'impose désormais le décret portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

I.3 Une législation qui ne pose pas « de cadre ».

La prise en compte de l'évolution et de la sensibilité du métier de cadre de santé par les institutionnels est confuse et pas toujours adaptée. Le traitement par les autorités ministérielles du conflit des cadres pendant l'hiver 2000-2001 est à ce titre exemplaire. La réponse financière et statutaire à cette crise qui reposait - et repose encore - sur un problème d'identité, de positionnement et de formalisation des attendus institutionnels ne peut être que transitoire et ne traite pas le fond du problème. En effet le texte du 31 décembre 2001 ne fait qu'évoquer pour le cadre de santé trois types d'exercice :

1. *Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements.*
2. *Des missions communes à plusieurs services...*
3. *Des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les instituts de formation...*

Le texte n'est pas plus concret pour les cadres supérieurs de santé qui se voient en plus attribuer des *fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des cadres d'unités [...] et à exercer l'encadrement de services, départements ou fédérations des établissements compte tenu de l'activité, des techniques ou des effectifs...*

Ces quelques lignes ne précisent rien des activités et de l'organisation du travail du cadre (ou cadre supérieur) de santé.

De même le décret organisant la formation et le diplôme de cadre de santé est vague voire totalement silencieux au sujet des attentes institutionnelles. Seule l'annexe I de ce texte, relative au programme, précise que «*la formation a pour objectif de préparer les étudiants conjointement à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part...* ».

Au delà de ces textes réglementaires, un dernier document moins officiel est disponible. C'est la fiche métier - en cours de refonte dans le cadre du projet RAMSES¹⁹ - éditée par

¹⁹ Mené par la DHOS, le projet RAMSES est l'élaboration d'un nouveau répertoire des métiers des établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux.

la direction des Hôpitaux en février 1990. Cette fiche dépasse la notion de fonction pour préciser le domaine de responsabilité du cadre, ses rôles et sa qualité. Il est un « *réfèrent professionnel* » responsable de la gestion administrative d'une unité, du soin et de l'organisation de l'application de la prescription médicale. Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels sous sa responsabilité, mais aussi de formation, de coordination et de recherche.

Les préconisations officielles sont donc partielles et parcellaires. Le cadre est un responsable qui encadre et anime dans un espace délimité structurellement mais vague fonctionnellement.

Si certains peuvent regretter ce flou, il a pour avantage de permettre les prises d'initiatives locales en termes de définition des domaines d'activités du cadre. De plus il évite de rigidifier un exercice professionnel qui doit évoluer au rythme effréné des transformations hospitalières.

I.4 Cadre de santé : une évolution entre métier et fonction.

Il est possible de considérer que le travail du cadre s'inscrit dans une évolution à la fois générale, et spécifique à l'hôpital, qui va d'une logique de métier à une logique de mission en passant par une logique de fonction.

Nous l'avons déjà signalé, lors du développement de l'hôpital moderne, à la fin des années 50²⁰, les cadres étaient issus du rang. Ce sont leurs compétences de techniciens - infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ou manipulateurs radio...-, mais aussi leur ancienneté qui leur permettaient de devenir surveillants. Les valeurs et les références qui étaient mises en avant étaient celles du métier d'origine dans un hôpital où l'activité administrative est encore balbutiante. Cette situation est confortée par un corps médical très influent qui se reconnaît dans ce mode d'évolution professionnelle, car c'est celui qui préside à son propre avancement. Devenir surveillant c'est évoluer socialement dans un métier que l'on ne quitte pas.

Deux événements vont modifier le «devenir » cadre de santé. C'est tout d'abord la pression économique dans un environnement sociétal plus contraignant. L'obligation de contrôle, puis de maîtrise des dépenses de santé vont nécessiter le développement des fonctions administrative et financière à l'hôpital. Les surveillants n'échapperont pas à ces

²⁰ Elles correspondent à la publication des ordonnances des 11 et 30 décembre 1958 et l'arrivée des médecins temps plein dans les établissements.

obligations. Ils deviennent des gestionnaires, ce qui n'est pas sans irriter le corps médical qui a le sentiment d'une fonction qui lui échappe. Dans un contexte d'émancipation professionnelle, il est possible de penser que c'est aussi une manière pour les surveillants de s'affranchir d'une certaine tutelle médicale.

Par ailleurs la création en 1986 de la fonction publique hospitalière va inscrire, à l'instar de l'ensemble des métiers hospitaliers, le métier de surveillant dans une logique statutaire de grade et d'emploi. Il y a une volonté de classer et de « caser » les individus à des fins d'organisation de l'avancement et de mise en œuvre de règles générales et transparentes de rémunération. Il s'agit d'un système de hiérarchisation des positions dans l'échelle des salaires. C'est aussi l'organisation du passage d'un poste, à un poste supérieur, proche des règles régissant les conventions collectives du milieu industriel.

C'est ainsi que, sous l'effet de la logique économique et de la fonctionnarisation des hospitaliers, devenir cadre c'est occuper un nouveau poste de travail avec une nouvelle fiche de poste et de nouvelles fonctions. Le surveillant des années 1980 et du début des années 1990 n'est plus un super technicien, mais un encadrant²¹. Notons que la formulation reste tautologique en définissant le cadre comme un encadrant sans proposer de contenu au travail, à son organisation et à la qualification nécessaire.

Pour Philippe Zarifian²², cette évolution ne doit pas être comprise comme une opposition entre le modèle de métier et le modèle de poste de travail, mais comme une tendance dont la phase actuelle se concrétise par le développement de l'approche compétence. Reste qu'aujourd'hui cadre de santé c'est un métier qui conserve des ancrages forts dans un autre métier, celui d'origine. C'est aussi un poste de travail pour lequel les notions de fonction et mission restent confuses car peu ou pas définies.

Parmi les résultantes des différents constats posés jusqu'ici, il faut retenir une connaissance du métier de cadre de santé difficile à maîtriser et une faible reconnaissance de la valeur ajoutée d'une fonction en grande évolution. Le problème des cadres est celui d'une impossible identification au travail que résume bien un commentaire exprimé lors de notre enquête : « *Le problème du malaise des cadres est qu'ils veulent être de "grands managers" mais que la réalité les oblige à être des "agents de maîtrise".* »

Si le problème n'est pas spécifique du milieu hospitalier, le malaise exprimé est à la mesure des difficultés de l'ensemble du monde de la santé. Les réponses apportées sont

²¹ cf. la fiche métier produite en 1990 par la direction des hôpitaux.

²² ZARIFIAN.Ph. *Le modèle de la compétence*. Paris : Editions Liaisons, 2001. 114 p.

sporadiques et lacunaires. Elles s'inscrivent dans une démarche générale qui ne peut pas prendre en compte les particularités liées aux contextes et aux personnes. L'objectif visé est double et peut paraître contradictoire. Il s'agit à la fois de construire des références et de préserver la singularité.

I.5 Des constats partagés pour quelques préconisations.

Ces différents constats sont confirmés lors d'entretiens exploratoires menés auprès de personnes référentes. Ces dernières sont soit des institutionnels, soit des consultants engagés dans une réflexion et une mise en œuvre pragmatique de dispositifs d'identification des compétences cadres. Les personnes interrogées confirment toute la nécessité de formaliser le travail des cadres en tenant compte des particularités de chaque situation. « *...pour moi, le référentiel est indispensable aujourd'hui des lors que l'on n'a pas de réponse sur le plan statutaire. Je boucle avec ce que j'ai dit au début. Dès l'instant que je me dis, quel cadre je veux ? [...] c'est-à-dire quelle est la mission que je vais lui confier ? quel contenu pour son travail ?* ». Elles posent comme indispensable l'implication des acteurs dans la formalisation de leur travail. Il faut « *Privilégier le mode participatif [...] mode participatif dans le partage du diagnostic et de l'état des lieux...* » Elles pointent les confusions sémantiques et conceptuelles. Elles valident toutes le rôle essentiel du directeur des soins dans ce travail.

II. RECONNAITRE LES CADRES DE SANTE.

Reconnaître c'est à la fois, déterminer comme déjà connu, et admettre comme vrai, réel et légitime. Nous l'avons vu, le malaise des cadres de santé est fondé sur un besoin de légitimation et sur la nécessité d'une meilleure connaissance de leur travail. Il s'agit bien de favoriser l'identification des cadres de santé au travail, afin d'assurer d'une part la reconnaissance externe et d'autre part l'auto-reconnaissance de ces professionnels.

II.1 Pour reconnaître il faut connaître.

Cette re-connaissance passe par la connaissance qui elle-même nécessite des outils. Si le législateur a proposé un cadre réglementaire flou, il existe cependant de nombreux outils à disposition des directions d'hôpitaux.

En 1990, dans le cadre du projet ROME, la direction des hôpitaux a produit des fiches métiers qui sont en cours d'actualisation par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (D.H.O.S). Les débats autour de cette actualisation sont nombreux. Parmi les questions posées celle de l'unicité de la fiche - une pour les cadres de santé, une pour les cadres supérieurs de santé - quelque soit le métier d'origine et la fonction, témoigne de l'évolution du métier et des modifications de la formation des cadres dits de « proximité ». Produites au niveau national ces fiches ne doivent pas remplacer les initiatives locales. En effet elles posent un cadre général au sein d'une organisation particulière qui est la fonction publique hospitalière et ont pour objectif une certaine unification.

Parmi les initiatives des établissements la production de fiche de poste s'est pratiquement généralisée. Ces fiches sont utilisées à des fins de recrutement et d'évaluation. Les pratiques autour de leur élaboration et de leur utilisation sont très variées. Volontairement succinctes, elles disent peu de chose sur le contenu et l'organisation du travail des cadres. Elles n'ont à ce jour pas favorisé la construction d'une identité de cadre de santé.

Les référentiels sont les derniers outils construits pour connaître le travail des cadres de santé. Plus élaborés ils visent une description de différentes données liées au travail.

Considérés comme indispensables à la gestion des ressources humaines²³ leur production s'appuie sur des règles variées et mal connues.

Lors de la construction d'un référentiel commandité par l'Ecole Nationale de la Santé Publique (E.N.S.P), les auteurs affirment que « *l'élaboration et la diffusion d'un référentiel de compétences peut contribuer à la reconnaissance des spécificités du métier...* »²⁴.

II.1.1 Les référentiels : des outils pour connaître.

Employé comme substantif le terme de référentiel peut être un ensemble d'éléments formant un système de référence fixé une fois pour toutes, généralisable et normatif. Soit, en restant fidèle à la notion de référent, il fait l'objet d'un choix qui se « réfère » à tel ou tel élément du référentiel. Soit le référent est un élément extérieur auquel on se rapporte ou on se fie pour évaluer, pour contrôler, pour distinguer, pour décrire voire pour se situer. En un mot il sert pour connaître ou se connaître. Dans la préface de l'ouvrage de Gérard Figari²⁵, Jacques Ardoino, définit le référentiel comme « *un schème d'intelligibilité construit en vue d'un repérage à partir d'une analyse de situation* ». Il renvoie à l'idée d'un objet qui est construit et pas donné. Un objet qui donne sens à partir d'un lieu, d'un moment, d'un contexte.

Le type d'éléments liés au système de référence permet de qualifier différents référentiels. Le travail, déjà cité, commandité par l'E.N.S.P distingue quatre référentiels : le référentiel d'activités, le référentiel métier, le référentiel de compétences et le référentiel de formation²⁶. La littérature et les pratiques mettent en avant ces différents types de référentiels, mais leurs différences et leurs intentions ne sont pas toujours clairement posées.

Il devient utile de donner les objectifs d'un référentiel et faire l'analyse de quelques référentiels cadres de santé disponibles.

II.1.2 Les objectifs du référentiel.

Michel Vial²⁷ rappelle que le référentiel assure un cadre. Il est du côté de la légalité mais n'est pas un rempart légal. Il est « *un point de départ pour établir la confiance* ». « *Il doit*

²³ LACHENAYE-LLANAS.C, JOUFFRE.B. *La gestion par les compétences : Un outil du projet...et du progrès social*. Gestions Hospitalières, février 1998, n° 373, pp.113-116.

²⁴ E.N.S.P. *Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétences. Un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'écoles paramédicales*. Janvier 2002, p 12.

²⁵ FIGARI.G. *Evaluer : quel référentiel ?* 2^{ème} éd. Bruxelles : De Boeck Université, 1995. 183 p.

²⁶ E.N.S.P. *Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétences*, op. cit., p 143

²⁷ VIAL.M. *Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ?* (première partie). Soins cadres, n°37, janvier-mars 2001, p 68 et 69.

faciliter la légitimité » mais « n'assure pas ipso facto la qualité ». « Le référentiel est une base pour dialoguer dans la familiarité des actes professionnels ».

Partant de la définition de Jacques Ardoino, il est permis de dire que les référentiels tentent de comprendre mais également de modéliser l'objet choisi. Dans le monde du travail, les référentiels permettent l'explicitation des pratiques professionnelles prescrites et/ou réelles pour optimiser l'organisation du travail et le management. Ils facilitent le repérage et la délimitation des niveaux de qualification des personnels.

Les objectifs généraux des référentiels sont donc de comprendre, étymologiquement « prendre avec », expliquer, étymologiquement « déplier de l'extérieur », et de schématiser en vue de prendre (une) position. Ces objectifs posent trois contraintes à la construction des référentiels professionnels.

- Avoir le souci de la réalité du terrain, c'est le point de vue interne.
- Avoir une intention claire quand on décide de construire un référentiel, c'est le point de vue externe.
- Et avoir conscience qu'il ne s'agit que d'un modèle, une image, figurant une réalité à un moment donné.

II.1.3 Le contenu de quelques référentiels.

L'existence de référentiels cadre de santé est souvent confidentielle. Il y a peu d'écrits sur ce sujet. Une recherche sur la base de données de l'E.N.S.P ne fait apparaître que trois documents, tous centrés sur la fonction formation, avec deux articles sur l'utilité d'un référentiel formateur et une étude « interne » à propos d'un référentiel de directeur d'école paramédicale. Et pourtant des référentiels - ou équivalents - existent : référentiel de l'Association Nationale des Cadres Infirmiers et Médico-techniques (A.N.C.I.M), référentiels I.F.C.S AP-HP et I.F.C.S Lyon, référentiel produit à l'hôpital Boucicaut lors de la restructuration de cet établissement, guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S).

Nous nous proposons de faire une analyse comparative de différents référentiels sous forme d'un tableau synthétique. Succincte, cette analyse vise à mettre en évidence les similitudes et les différences de construction et de contenu de ces référentiels.

II.1.3.1. Tableau comparatif de quelques référentiels cadres de santé

Sources	Intitulés	Objectifs	Cadres concernés	Mode d'élaboration	Mode de catégorisation	N^{bre} de cat^{es}	Intitulés des catégories
Gaurier Ph et al [21]	Référentiel métier	Choisir une stratégie de positionnement et de reconnaissance dans l'institution	Cadres supérieurs hospitalier	Groupe de réflexion de 7 cadres supérieurs en formation universitaire	- Grandes fonctions du cadre supérieur	4	<ol style="list-style-type: none"> 1. La conception de l'organisation des soins, le suivi, le contrôle et l'évaluation de l'activité, la prospective 2. La gestion des ressources humaines 3. L'élaboration et le contrôle de la gestion économique et financière du service 4. La communication, les relations intra et extrahospitalières, la formation et la recherche
IFCS AP-HP [39]	Référentiel compétences	Donner du sens à la fonction et à la formation cadre de santé	Cadres de santé infirmier, médico-technique et rééducation	Enquête qualitative et quantitative sur les situations de travail du cadre	<ul style="list-style-type: none"> - Un cœur de métier - Des domaines d'activités - Des activités dans chaque domaine 	5 de 5 à 9	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la qualité des soins et des prestations 1. Organiser et s'organiser 2. Manager les ressources humaines 3. Améliorer, évaluer : mettre en place des procédures 4. Assurer une relation de qualité avec les bénéficiaires 5. Gérer les moyens
IFCS Lyon-Bron [40]	Référentiel compétences	?	Cadres de santé infirmier, médico-technique et rééducation	?	- Compétences générales	9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se connaître et connaître les effets de son comportement sur autrui en situation de travail. 2. Analyser et comprendre par une lecture critique le contexte dans lequel on évolue. 3. Identifier ses zones de responsabilité au sein de la structure, les assumer et anticiper leur évolution. 4. Conduire une équipe de travail dans un souci d'évolution individuelle et collective 5. Utiliser des compétences pédagogiques dans des situations de travail. 6. Mettre en perspective les finalités et missions de soins, de services et/ou de formation et être garant du sens commun. 7. Se positionner et savoir décider en situation complexe. 8. Maîtriser les éléments techniques constitutifs de la profession d'origine. 9. Intégrer dans l'organisation des soins un souci conjoint d'humanisme et d'efficacité économique et technique pour garantir la qualité et la sécurité du service offert

Sources	Intitulés	Objectifs	Cadres concernés	Mode d'élaboration	Mode de catégorisation	N^{bre} de cat^{ies}	Intitulés des catégories
A.N.C.I.M [16]	Référentiel compétences	Contribuer à la reconnaissance des cadres de santé	Cadres de santé infirmier, et médico-technique	Etude de 100 fiches de poste	- Normes de compétences	9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le cadre organise les soins dans le respect des droits du patient. 2. Le cadre détermine les besoins et les catégories professionnelles nécessaires au fonctionnement du service. 3. Le cadre maîtrise l'évaluation, ses concepts, ses outils et apporte les modifications nécessaires à l'amélioration de la qualité. 4. Le cadre initie, accompagne et valorise le développement professionnel des membres de l'équipe. 5. Le cadre assure la qualité de la communication interne et externe au secteur dans le respect de la confidentialité. 6. Le cadre anticipe les risques pour le personnel, met en œuvre des actions de prévention et veille à l'amélioration des conditions de travail. 7. Le cadre assure la gestion des matériels du service ou du secteur. 8. Le cadre prévoit et surveille l'approvisionnement indispensable à la qualité des prestations. 9. Le cadre repère les axes de recherche pour améliorer la prise en charge des patients, participe et/ou favorise la participation du personnel aux activités de recherche.
A.N.A.E.S [35]	Guide d'auto-évaluation	Aide à la démarche d'auto-diagnostic de la qualité du processus de management	Ensemble de l'encadrement hospitalier	Groupes de travail ou de lecture constitués d'un large panel de professionnels	- Fonctions	5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévoir (c'est anticiper, s'adapter, réactualiser). 2. Organiser (c'est élaborer un organigramme dynamique, définir des fonctions, mettre en place des procédures). 3. Décider (c'est mettre en adéquation le mode de décision et les objectifs, déléguer, rendre lisible les processus de décision, disposer d'une procédure de diffusion des décisions). 4. Motiver (c'est faire adhérer les acteurs de l'établissement aux objectifs et aux missions). 5. Evaluer

II.1.3.2 Comparaison des modes de construction

Les modalités de construction des cinq systèmes de références présentés ci-dessus sont très différentes. Certaines s'appuient sur une étude de documents, d'autres sur une enquête de terrain, les dernières sont le résultat de groupes de travail dont la taille est variable. Notons que dans un seul cas²⁸ la méthode de travail du groupe est connue. Elle est fondée sur l'analyse et la comparaison des activités de cadres supérieurs issus de filières métier différentes.

Ces différences ont pour effet l'utilisation de catégorisation aussi variées que le nombre de référentiels présentés. Les uns sont exprimées en termes de fonctions (parfois qualifiées de grandes), les autres de compétences (parfois qualifiées de générales), les dernières en termes de domaines d'activités.

Il est notable que les objectifs globaux annoncés dans les différents documents sont proches et visent à donner du sens à la fonction cadre, soit par son évaluation (A.N.A.E.S), soit par sa reconnaissance. Cependant si l'A.N.A.E.S évite d'utiliser le terme de référentiel, et intitule son document *guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management en établissement de santé*, c'est pour rester dans son rôle. De la même manière les structures de formation sont plutôt légitimes à produire des référentiels de formation. Tandis que les structures où sont exercées les activités de « travail » produisent plutôt des référentiels métier ou des référentiels de compétences. Cela ne remet pas en cause la collaboration souhaitable des professionnels de ces diverses structures pour la construction des référentiels.

II.1.3.3 Comparaison des contenus

C'est la lecture des intitulés des catégories choisies qui peut permettre cette comparaison. Les points communs des cinq référentiels étudiés concernent les activités de gestion, d'organisation et d'évaluation. De même la rédaction de ces activités prend à chaque fois la forme d'un listing, souvent organisé au sein d'un tableau, une fois figuré à l'aide d'un schéma. Les différences se situent au niveau des ressources humaines qui sont, parfois gérées, parfois managées, parfois pilotées. Il faut enfin remarquer que ces activités sont formalisées avec des verbes d'action qui ne sont pas toujours de même niveau. En synthèse, il peut être regretté la forme de catalogues que prennent régulièrement les référentiels : sorte de « self-service » dans lesquels chacun pourrait venir se servir selon son « humeur ».

²⁸ GAURIER.Ph et al. *Cadre supérieur hospitalier, métier et position*. Soins Cadres, n°35, 3^{ème} trimestre 2000, pp. 21-24.

Nous l'avons constaté, la formalisation du travail est réalisée à l'aide de plusieurs types de référentiels. Parmi ceux ci nous avons pris le parti de regrouper les termes de référentiel métier, référentiel de compétences, référentiel d'activités sous le vocable de référentiels professionnels. Il est néanmoins souhaitable de définir les notions de métier, emploi et compétences pour mieux les distinguer, puis mieux les relier et éviter les confusions. De fait ces confusions linguistiques sont liées à des objectifs de communication et des contextes d'utilisation mal définis, mais aussi à l'évolution des conceptions du travail du cadre de santé. Eclairer ces deux facettes de la question est nécessaire.

II.2 Du métier à la compétence une évolution inexorable.

Autrefois expert professionnel devenu cadre au titre d'une promotion méritoire et « méritée », le cadre de santé s'éloigne aujourd'hui des logiques de son métier d'origine pour répondre à des missions managériales. Les compétences exigées ne sont plus celles de sa formation initiale. Sa valeur ajoutée repose sur sa capacité à faire faire dans le respect des orientations institutionnelles. Ces changements sont à la fois le résultat d'une transformation professionnelle individuelle et collective et le fruit de l'évolution historique des notions de métier, d'emploi et de compétences.

II.2.1 La notion de métier.

Le métier est défini comme un genre d'activité qui trouve son utilité dans la société, ou un genre de travail déterminé, reconnu ou toléré par la société et dont on peut tirer ses moyens d'existence.

Etymologiquement issu du vocable latin altéré « *ministerium* » (ministère, corps), le terme devient en vieux Français (10^{ème} siècle) « *menestier, mistier* » et signifie : office, fonction, service. Au 12^{ème} siècle, il prend le sens d'exercice d'une profession, d'un art, et renvoie à la notion de corporation. Puis métier définit un service procurant une rémunération. A partir de 1690, et jusqu'à ce jour, il prend le sens courant de « *profession que l'on choisit* ».

La notion de métier a donc commencé à se construire dans les corporations²⁹ artisanales urbaines du moyen âge. Les artisans se sont regroupés dans un but de réglementation de leur profession et de défense de leurs intérêts.

²⁹ Issu du latin médiéval « *corporari* », la corporation a pour sens la réunion, le corps constitué, le terme latin étant traduit littéralement par « *se former en corps* ».

Dans son ouvrage *le modèle de la compétence*, Philippe Zarifian énonce³⁰ les caractéristiques du métier :

- Un milieu social d'appartenance à un métier,
- Un apprentissage réalisé et sanctionné par les pairs,
- Une forte hiérarchisation des relations de travail,
- Un savoir professionnel référé à l'observation des règles du métier,
- Un monopole local du débouché, fondé sur une réglementation stricte de l'accès,
- L'institutionnalisation de sa transversalité par rapport aux lieux où il s'exerce.

Si ces caractéristiques sont totalement applicables aux métiers techniques de l'hôpital, et en particulier soignants, la question se pose de leurs transpositions au « métier de cadre ».

Nous connaissons bien les excès du modèle métier, souvent dénoncés à l'hôpital, avec la logique de corporatisme qui, dans une volonté illusoire de conservation de pouvoir, va jusqu'à l'enfermement et le déni des autres professionnels. C'est ce type de dérive avec les difficultés de rationalisation des méthodes de travail, et le manque de contrôle de catégories professionnelles ayant tendance à « s'autogérer » qui a amené les dirigeants d'entreprise à développer le contre modèle de poste de travail.

Pour des raisons, peut être moins « manipulatoires », la notion de poste s'est également développée à l'hôpital public. Les postes de travail sont alors regroupés dans des catégories classantes appelées emploi³¹.

II.2.2 Les notions d'emploi et de poste de travail.

L'emploi est une occupation confiée à une personne, un travail, une fonction. Dans une logique administrative - tableau des emplois, etc. - cela correspond à un regroupement « dépersonnalisé » des postes de travail. Guy Jobert définit « *le poste par rapport à ce que l'on pourrait appelé le travail théorique* »³². Un service hospitalier dispose par exemple, d'un certain nombre d'emplois d'infirmier(e)s, qui sont précisés sous forme de fiches de poste (sous-entendu de travail). Ce lien entre poste de travail et emploi est cause de fréquentes confusions, et de nombreux auteurs mais aussi responsables d'entreprise ou d'administration utilisent les deux termes comme synonymes.

³⁰ ZARIFIAN.Ph. *Le modèle de la compétence*. Op. cit., p 11

³¹ BATAL. C. *La gestion des ressources humaines dans le secteur public : L'analyse des métiers, des emplois et des compétences*. Paris : Les éditions d'Organisation, 1997. 253 p.

³² JOBERT.G. *De la qualification à la compétence*. Sciences Humaines, hors-série n° 40 mars-avril-mai 2003, p 36.

Il reste vrai que les caractéristiques des deux notions sont proches. Emploi et poste de travail sont :

- Décrits, et formalisés (à l'aide de fiches par exemple),
- « Classants », sur la base notamment des qualifications, des responsabilités et de l'autonomie « autorisée »,
- Prescrits et prescriptifs,
- Désindividualisés,

Philippe Zarifian³³ montre que ces différentes caractéristiques portent en elles-mêmes un paradoxe. Les critères de classification choisis ne peuvent s'appliquer qu'à « *des sujets humains* » et non pas à des emplois ou des postes de travail. De même « *les critères d'autonomie et de responsabilités [...] signifient concrètement que l'on est d'autant plus qualifié (et donc rémunéré) qu'on est autonome dans son travail.* » Or « *L'autonomie est définie par le contraire de la prescription.* »

Ce sont, pour cet auteur, les raisons de l'émergence d'un concept, encore nouveau dans le monde du travail, celui de compétence. Il a alors deux significations :

1. Il « *est l'occupation experte de l'espace d'autonomie dévolu (reconnu) au salarié, espace d'indétermination, de non prescription, que l'action de l'individu ou du groupe compétent doit remplir ;* »
2. Il « *est aussi l'expression de capacités individuelles, singulières, au sein d'un ensemble collectif.* »³⁴

II.2.3 Le concept de compétence.

L'analyse de la littérature consacrée au concept de compétences fait apparaître de nombreuses définitions que différents auteurs^{35 36} tentent d'ordonner. Cette diversité rend compte à la fois de la variété des champs théoriques qui sont à l'origine de ces définitions et de l'évolutivité du concept.

Dans le domaine juridique, la compétence (au singulier) s'entend comme le périmètre global de responsabilité. Dans le champ sociologique, les compétences (au pluriel) sont comprises comme les capacités attendues, visées, nécessaires pour la bonne exécution des activités. Dans le champ de la psychologie, la compétence (au singulier et au pluriel) est définie comme le stade ultime de la taxonomie de la performance. Dans ce dernier

³³ ZARIFIAN.Ph. *Le modèle de la compétence*. Op. cit., p 19.

³⁴ Ibid. p 23.

³⁵ MATILLON.Y. *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. Rapport de mission. Août 2003. 94 p.

³⁶ ZARIFIAN.Ph. *Le modèle de la compétence*, Op. cit.

champ théorique, les auteurs du rapport³⁷ sur l'élaboration d'un référentiel des directeurs d'écoles paramédicales (D.E.P.M) soulignent que l'approche behavioriste s'oppose à l'approche cognitiviste. La première occulte l'étude des processus mentaux dans l'analyse de l'activité des individus, tandis que la seconde tente de les modéliser. Il y a polysémie du terme compétence.

De même les chercheurs qui se sont consacrés à l'étude de la compétence soulignent l'évolution du concept. Les écrits successifs de Guy Le Boterf^{38 39}, témoignent bien de ces changements. Par ailleurs Philippe Zarifian inscrit le concept de compétence dans une évolution historique de la conception du travail qui va du modèle métier au modèle compétence.

Notre travail se situant résolument dans une approche sociologique, nous retiendrons plus volontiers les définitions issues de ce courant théorique.

Pour Guy Le Boterf⁴⁰ les compétences « sont la résultante de trois facteurs : le savoir agir qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes ; le vouloir agir qui se réfère à la motivation personnelle de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif dans lequel il intervient ; le pouvoir agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitime la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu ». Le rapport d'Yves Matillon⁴¹ résume la compétence « comme la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs en situation ».

Reprenant les concepts d'autonomie et de responsabilité Zarifian⁴² définit enfin la compétence comme le fait d' « assumer une responsabilité locale en situation, savoir prendre la bonne décision dans un temps court face à un événement, qui est lui-même une expression condensée de l'incertitude ». Il caractérise la compétence comme :

- L'intelligence des problèmes (approche conceptuelle) ;
- L'intelligence pratique des situations (approche pragmatique) ;
- Le pouvoir de décision ;
- La responsabilité face aux actes de décisions ;

³⁷ E.N.S.P. Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétences, Op. cit.

³⁸ LE BOTERF.G. Développer la compétence des professionnels. 4^{ème} éd. Paris : Editions d'Organisation, 2002. 287 p.

³⁹ LE BOTERF.G. Construire les compétences individuelles et collectives. 3^{ème} éd. Paris : Editions d'Organisation, 2004. 244 p.

⁴⁰ LE BOTERF.G. Construire les compétences individuelles et collectives, op. cit., p 60.

⁴¹ MATILLON.Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, op. cit. p 6.

- La faculté à assumer des domaines de responsabilité ;
- La faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations.

La compétence procède d'un raisonnement d'inférence⁴³. On ne « voit » pas la compétence. Elle se manifeste en situation essentiellement sous deux formes. La façon dont les personnes agissent et le résultat de leur action. La compétence professionnelle relève de la validation d'une hypothèse, d'une inférence, permettant de déduire qu'il s'agit bien là – à travers observation et analyse – de la manifestation d'une compétence.

L'ensemble des auteurs s'intéressant au concept de compétence considèrent que ses caractéristiques et l'évolution de sa connaissance s'inscrivent résolument dans la complexité. Les situations de travail sont de plus en plus inter-actives, ce qui influe sur les attendus professionnels, mais également sur la connaissance et l'évaluation de ces attendus. Le modèle compétence est une réponse possible à la description, la compréhension et l'évaluation du travail, sous réserve de prendre en compte la complexité du système.

Dans ce contexte, Guy Le Boterf⁴⁴ propose de reconnaître le professionnel comme étant celui - ou celle - qui sait gérer cette complexité. Le professionnalisme étant la mise en action de plusieurs savoirs :

- « *Le savoir agir avec pertinence ;*
- *Le savoir mobiliser des ressources ;*
- *Le savoir combiner des ressources ;*
- *Le savoir transposer ;*
- *Le savoir apprendre et apprendre à apprendre ;*
- *Le savoir s'engager. »*

Dans la mesure où l'hôpital est un exemple de système complexe, nous avons choisi de retenir cette modélisation de la compétence.

Définie et critériée, la compétence est à la fois le résultat et le moyen de la reconnaissance professionnelle. Être compétent cela ne s'auto-déclare pas et demande donc l'évaluation d'un tiers.

⁴² **ZARIFIAN.Ph.** *Le modèle de la compétence, op. cit.* p 25.

⁴³ Raisonnement qui permet dans une théorie déductive, de conclure à la vérité d'une proposition à partir d'autres propositions prises comme hypothèses.

⁴⁴ **LE BOTERF.G.** *Développer la compétence des professionnels, op. cit.* p 46.

II.3 Pour reconnaître il faut personnaliser et évaluer.

La reconnaissance est nécessaire pour exister. Exister comme identique et appartenir à un groupe, ou exister comme différent. Tzvetan Todorov⁴⁵ distingue « *la reconnaissance de conformité et la reconnaissance de distinction* ». Ces deux formes de reconnaissance s'opposent l'une à l'autre, mais peuvent être alternativement souhaitées au cours de la vie d'un individu. Entrer dans un groupe social demande une reconnaissance de conformité aux règles et caractéristiques de ce groupe. En sortir, nécessite d'être - et de se - distinguer pour devenir conforme à un autre groupe.

La reconnaissance au travail s'inscrit totalement dans cette logique. Dans le traité des sciences et méthodes de la formation Guy Jobert énonce que « *L'autre motif qui pousse les travailleurs à rendre visibles leurs inventions, c'est le besoin de faire reconnaître par autrui qu'ils sont présents dans leurs activités en tant que sujet à la fois semblables à leurs collègues, et donc membres d'une communauté, et à la fois différents d'eux par la façon propre dont ils résolvent les problèmes posés par la tâche* »⁴⁶. L'individu doit donc « faire valoir » son travail et sa capacité à réaliser les tâches qui lui incombent. Cette mise en valeur est étymologiquement une évaluation. Il y a nécessité d'être évalué et de s'évaluer.

La reconnaissance passe donc par l'évaluation du groupe et l'autoévaluation de l'individu qui la « sollicite ». Les deux demandent une appropriation⁴⁷, par définition personnalisée, des références. Cette appropriation est favorisée par la participation des personnes concernées - ici les cadres - à l'élaboration des références, critères et indicateurs. Cette participation prépare et inaugure la contractualisation des engagements de chacun.

II.3.1 Construire les références.

Cette exigence pose plusieurs interrogations. De quelles références parle-t-on ? Qui doit les construire ? Comment cela doit-il être fait ?

Le choix des références renvoie d'une part au type de référentiels que l'on construit (Cf. glossaire p. 61) d'autre part au mode de construction du référentiel. Prenons l'exemple d'un référentiel de compétences. Nous l'avons dit la compétence est la combinaison de différents savoirs en situation de travail. Au minimum doivent être présentes, dans ce type de référentiel, des références liées au contexte et des références au savoir. Concernant le mode de construction, les travaux menés par l'E.N.S.P au sujet du référentiel de

⁴⁵ **TODOROV.T.** *Sous le regard des autres.* Sciences Humaines, octobre 2002, n°131, pp. 22-27.

⁴⁶ **JOBERT.G.** *L'intelligence au travail,* In CARRE.P et CASPAR.P, *Traité des sciences et méthodes de la formation,* Paris, Edition Nathan, 1999, pp. 205-221.

compétences des directeurs d'écoles paramédicales, et par l'I.F.C.S de l'AP-HP au sujet du référentiel de compétences des cadres de santé sont des illustrations intéressantes. Ces travaux ont plusieurs caractéristiques communes. Tous les deux ont un appui théorique, le premier sur le concept de champ conceptuel, le second sur le concept de compétences. Les deux ont multiplié les axes de recueil d'information et d'analyse. Les deux font référence à des documents existants tels que des référentiels métiers. Enfin les deux utilisent, de manière différente la verbalisation de l'action comme source de production des données.

Il est clair enfin que ces références doivent être construites par les « employeurs », pour donner un cadre à cette construction, en partenariat étroit avec les personnes concernées en l'occurrence ici les cadres de santé.

II.3.2 Faire évoluer les références.

Pour Guy Le Boterf c'est l'un des invariants de la formalisation des référentiels. Cet auteur estime que « *veiller à la mise en place et au fonctionnement de procédures d'actualisation régulière des référentiels, de façon à corriger, infléchir ou confirmer des hypothèses d'évolution (des compétences) avancées⁴⁸* » est indispensable.

C'est cependant la source des plus grandes difficultés rencontrées par les décideurs lors de l'utilisation de référentiels.

La première raison est conceptuelle. En effet les références sur lesquelles on s'appuie, qui rassurent et permettent de se projeter semblent tenir leur efficacité de leur stabilité. C'est un leurre car le contexte change, les situations de travail se transforment et la hiérarchisation des objectifs évolue. Si individuellement certaines références peuvent être conservées, la combinaison de celles-ci doit être adaptée aussi souvent que nécessaire. Il est possible de dire que l'évolutivité des références est en elle-même une référence.

La seconde raison est temporelle. La lourdeur d'élaboration d'un référentiel est « chronophage ». Il est fréquent de se retrancher derrière un problème de disponibilité pour reporter cet exercice. Sans nier cet aspect du problème, nous croyons qu'une culture institutionnalisée de l'élaboration de référentiels, à l'instar de ce que produit dans les hôpitaux la démarche qualité, doit à terme permettre de travailler plus vite. C'est particulièrement vrai quand on sait que tout n'est pas à refaire.

⁴⁷ L'appropriation peut être définie comme l'action de « *faire sien* ».

⁴⁸ **LE BOTERF.G.** *Développer la compétence des professionnels.*, op. cit. p 251 et 252.

II.3.3 Contractualiser les missions.

Lors des entretiens exploratoires l'un des consultants à posé cette nécessité comme incontournable : «[...] je vais rentrer dans une logique de contrat. Je vais contractualiser sur le plan moral même si ce n'est pas le contrat au sens juridique du terme. Ca veut dire que je suis dans le gagnant-gagnant dans le donnant-donnant, cela doit être culturel et ça préfigure, si on pousse la notion, le centre de responsabilité, [...] d'emblée ont se met dans une logique de contrat c'est-à-dire d'un coté les objectifs de l'autre coté les moyens. D'un coté les engagements personnels de l'autre coté, en contre partie, mon assistance, mon appui, mon suivi, ma disponibilité ».

Cette idée de contractualiser les engagements au sein de la ligne hiérarchique est sous-tendue par des logiques de transparence, « je dis, j'écris ce que j'attends », et de confiance « je fais ce que je dis, ce que j'écris ». Le contrat engage, oblige, il repose sur les notions de responsabilité et d'autonomie. La responsabilité du cadre qui dispose d'un champ de prise de décisions clairement affiché. L'autonomie qui organise, et est organisée, par le réseau de dépendances de l'encadrement. Cette autonomie s'exprime en effet dans un contexte qui pose des contraintes et des ressources. Autonomie qui demande de rendre compte.

Cette logique du contrat qui responsabilise et «autonomise » est cohérente avec la conception des compétences apportée par Philippe Zarifian. Pour cet auteur c'est en effet le besoin de valoriser la prise d'initiative et d'innovation au travail qui préside à l'émergence du concept de compétence.

II.4 Des référentiels à la référentialisation.

Partant de l'analyse de plusieurs référentiels élaborés dans le champ de l'évaluation scolaire et universitaire, Gérard Figari⁴⁹ fait le constat de plusieurs ambiguïtés.

La forme des référentiels étudiés s'organise autour, soit d'une liste de capacités ou compétences, soit de la formulation d'objectifs, soit d'un système de normes, soit d'une liste de contrôle de type « check List ». Parallèlement, l'auteur considère qu'il y a ambiguïté sur le sens de la notion de référentiel. Les uns sont « *la fixation ordonnée de contenus et normes par des experts* ». Les autres « *recherchent des éléments pouvant justifier et expliquer l'organisation et l'évaluation de l'éducation* »⁵⁰. Il en conclut que « *c'est par conséquent la procédure elle même qui comporte de l'intérêt, et non le produit* » qui peut être remis en cause par l'utilisateur suivant.

⁴⁹ FIGARI.G. *Evaluer : quel référentiel ?* op. cit. p. 40.

⁵⁰ Ibid. p 41.

Figari propose d'appeler cette procédure la référentialisation. Il l'a défini comme la démarche qui consiste à entreprendre une recherche de références pertinentes. L'ensemble de cette démarche consiste à repérer un contexte, à construire un corps de références, à contractualiser les engagements et à actualiser les références. Il s'agit d'un processus dynamique qui a pour objectifs l'identification et l'évaluation de «l'objet» référencé.

II.5 Hypothèses

Dans la mesure où nous partageons (cf. pp. 17-20) le constat de Gérard Figari, et que la production actuelle de référentiels professionnels cadre de santé ne permet pas de donner suffisamment sens au travail des cadres, nous nous proposons de transposer le concept de référentialisation au domaine de la formalisation du travail des cadres de santé. Il faut pour cela en respecter les caractéristiques et la logique. Il sera cependant nécessaire d'en adapter la mise en œuvre.

Dès lors il est possible de formuler des propositions de réponses transitoires aux questions que nous avons posées en introduction à ce travail.

- **H 1**: La conception, par les directeurs de soins, du travail des cadres de santé s'inscrit plus dans une logique compétence que dans une logique métier.
- **H 2**: Les directeurs de soins considèrent les référentiels plus utiles comme résultats d'un processus de construction, de type référentialisation, que comme outils finis.

III LE RECUEIL D'INFORMATIONS.

Obtenir des informations utiles et utilisables lors d'une étude, ou une recherche, passe par un processus organisé et mis en œuvre auprès de sources multiples. De Ketele rappelle que l'objectif est « *de passer d'un niveau de connaissance ou de représentation d'une situation donnée à un autre niveau de connaissance ou de représentation de la même situation* »⁵¹.

Dans le travail présenté ici, la recherche d'informations s'est déroulée en deux temps. Un premier qui souhaitait confirmer l'intérêt et l'utilité du questionnement de départ. Le problème posé en est-il un ? Est-il utile, d'un point de vue professionnel, mais aussi sur le plan du développement des connaissances de chercher sur ce sujet ? Il s'agissait à la fois de confronter les constats faits, et d'éventuellement compléter la construction de la problématique. C'est la phase exploratoire.

Le second temps vise à confronter le cadre de référence de la recherche aux représentations d'une population cible en l'occurrence les directeurs de soins en fonction. Le cadre de référence est synthétisé et matérialisé par deux hypothèses qu'il s'agit de tester.

III.1 Des entretiens pour éclaircir le sujet.

Le temps exploratoire de l'enquête est réalisé à l'aide de quatre entretiens enregistrés et retranscrits menés auprès de personnes référentes. Ces personnes, deux anciens directeurs des ressources humaines d'hôpitaux et deux directeurs des soins, sont considérées comme référentes car engagées comme consultants ou à titre professionnel dans une réflexion approfondie sur le travail des cadres de santé.

La méthode d'entretien de type semi directif qui a été utilisée permet d'obtenir une expression libre et un discours productif de la part des personnes interviewées⁵². Les entretiens sont organisés autour de cinq questions qui vont du plus général, le travail des cadres, au plus spécifique, la construction des référentiels professionnels.

- *Quelles peuvent être les attentes du directeur des soins vis à vis de l'encadrement ?*
- *Comment doit-il s'y prendre pour que le travail des cadres corresponde à ses attentes ?*

⁵¹ DE KETELE.JM, ROEGIERS.X. *Méthodologie du recueil d'informations*, 3^{ème} éd. Bruxelles : De Boeck Université. 1996. 226 p.

⁵² BLANCHET.A et Coll. *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales*. 2^{ème} éd. Paris : Edition Dunod, 1992. 197 p.

- *Quels sont les outils à sa disposition pour cette mise en œuvre ?*
- *Les référentiels sont-ils des outils pertinents ?*
- *Quels sont les référentiels les plus utiles ?*

Les entretiens ont duré entre une heure et une heure et demie. Ils se sont tous déroulés dans des conditions optimales, tant d'un point de vue organisationnel - tranquillité, environnement - , que sur la disponibilité des personnes interviewées.

Ils ont permis de « débroussailler » le sujet et d'affiner les constats (cf. chap. I.5). Certains éléments du discours ont permis de valider les orientations choisies en confirmant l'utilité des référentiels pour gérer les compétences cadres. Et en affirmant la nécessaire contextualisation de leur élaboration. Un interviewé a insisté sur le partenariat directeur des soins, directeur des ressources humaines ce qui a nécessité d'élargir la population cible. L'ensemble des échanges a favorisé la définition d'un cadre d'étude à la fois plus large, car inscrit dans le titre IV de la fonction publique hospitalière, et plus cohérent car directement lié à la politique de gestion des compétences impulsée par le directeur des soins.

III.2 Le questionnaire.

Après quelques points de vue particuliers obtenus au cours des entretiens, l'objectif du recueil d'informations est d'obtenir l'état des représentations d'une population élargie sur le thème de l'usage des référentiels professionnels par les directeurs des soins.

C'est pourquoi le choix du questionnaire a été fait. Il permet de solliciter un échantillon plus grand. Il demande une élaboration rigoureuse. Il doit faire « *le tour de la question* »⁵³. Ce qui est permis par l'analyse documentaire, les entretiens exploratoires et le choix de concepts prédéfinis.

A l'inverse de l'entretien non directif, le questionnaire a pour caractéristique d'afficher le cadre de référence de l'enquêteur. En effet il oblige les personnes questionnées à faire un choix dans un cadre qui est prédéterminé. Le degré de compréhension obtenu par les réponses est lié, non pas au volume du discours, tel que lors d'entretiens, mais au nombre de personnes qui répondent.

⁵³ **DE SINGLY.F.** *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, Paris : Ed Nathan université, 1992. 128 p.

III.2.1 La population cible : les directeurs de soins.

Souhaitant obtenir un minimum de 100 réponses, chiffre représentatif, 443 questionnaires ont été adressés⁵⁴ : 404 aux directeurs des soins répertoriés sur l'annuaire des hôpitaux de l'année 2004, et 39 aux directeurs des soins en charge des instituts de formation des cadres de santé. Les réponses obtenues sont traitées à l'aide du logiciel MODALISA® ce qui permet un gain de temps appréciable.

III.2.2 Une population complémentaire : les directeurs de ressources humaines.

Considérant la place des directeurs de ressources humaines dans la gestion des compétences des personnels, il est apparu utile d'obtenir un point de vue - même partiel - de cette population. Pour des raisons pratiques, c'est la méthode du questionnaire d'administration indirecte qui a été choisie sur un échantillon cible obtenu de manière aléatoire par tirage au sort. La comparaison des réponses entre les deux populations, bien que partielle, peut permettre d'affiner les propositions d'actions du directeur des soins. C'est en effet dans un contexte de collaboration souhaitée et souhaitable que des orientations efficaces pourront être prises.

III.2.3 Elaboration du questionnaire.

Considérant le peu de disponibilité des personnes questionnées, il est décidé d'élaborer un questionnaire court (Annexe I), composé de quatre questions fermées à choix multiple et ordonné. Il permet d'obtenir une hiérarchisation des réponses fournies. Le traitement des données autorise ainsi une pondération des réponses et un classement.

La première question interroge le modèle dans laquelle les personnes sollicitées inscrivent le travail du cadre. Les trois modalités (1,4,7) correspondent au modèle métier. Les trois modalités (2,5,8) correspondent au modèle emploi ou poste de travail. Les trois modalités (3,6,9) correspondent à une logique compétence. La formulation des propositions faites s'appuie sur les concepts de métier, emploi et compétences définies par Philippe Zarifian (cf. pp. 22-24).

La deuxième question examine la conception de la notion de compétence en proposant de faire un choix ordonné parmi les caractéristiques que lui attribue Guy Le Boterf (cf. p 25).

⁵⁴ Il est en effet admis que le taux de retour moyen de questionnaires adressés par voie postale est de 30%.

La troisième question interroge la prise en compte du référentiel comme outil fini ou comme résultat d'un processus. Les trois modalités (1,3,5) renvoient à un produit généraliste, fini, fourni et utilisable en l'état. Les trois modalités (2,4,6) renvoient au processus de construction de l'outil avec la prise en compte du contexte et l'obligation du choix. La dernière modalité permet aux personnes d'exprimer le rejet de toute formalisation écrite du travail du cadre de santé.

La quatrième question permet d'obtenir un classement des différentes étapes de la référentialisation telle que décrites par Gérard Figari⁵⁵.

A la fin du questionnaire une question ouverte « facultative » favorise l'expression par les personnes sollicitées d'un point de vue personnel sur des aspects de la formalisation du travail des cadres qui n'auraient pas été abordés par les quatre premières questions.

Enfin une question d'identification permet de comparer les réponses des directeurs de soins exerçant à l'hôpital avec celui des directeurs de soins en charge d'un institut de formation cadre de santé, des cadres supérieurs faisant fonction et des directeurs des ressources humaines.

Ce questionnaire a été testé auprès de cinq élèves directeurs des soins ayant fait fonction et donc très proches de la population cible. A la suite de ce test le questionnaire a été très partiellement modifié.

III.3 Les limites de l'étude.

Toute recherche présente des biais et des limites. Les objectifs sont à la fois de les réduire grâce à la cohérence du raisonnement qui préside à sa construction, et la pertinence du questionnement, mais aussi de les présenter pour que le lecteur puisse en tenir compte dans son interprétation du travail présenté. Signalons en trois.

Tout d'abord à des fins d'utilisation professionnelle idéale, il aurait été souhaitable d'agrandir l'échantillon des directeurs de ressources humaines et d'intégrer un échantillon de médecins responsables de services. Au-delà de la prise en compte de cette limite dans l'analyse des résultats, il est utile de dire que deux études^{56 57} déjà citées permettent de connaître l'avis de ces acteurs hospitaliers sur le contenu du travail des cadres de

⁵⁵ **FIGARI.G.** *Evaluer : quel référentiel ?* Op. Cit. p 52.

⁵⁶ **I.F.C.S. DE L'AP-HP.** *Une équipe à la recherche d'un niveau supérieur dans la qualité de la formation.* Op. Cit.

⁵⁷ **MARTIN-KLEINERMANN.S.I.** *Enquête sur le cadre infirmier.* Soins formation – Pédagogie – Encadrement, n° 13, 1^{er} trimestre 1995, pp. 61-69.

santé. La meilleure connaissance de leurs conceptions sur le thème de la formalisation de ce contenu reste un sujet de recherche à mener.

Par ailleurs la formulation des propositions du questionnaire, volontairement concise pour faciliter la lecture puis le choix, peut sembler réductrice. Les personnes interrogées risquent alors de faire une interprétation erronée de l'affirmation. Sachant que vouloir totalement «canaliser » les interprétations est une gageure, la procédure de test du questionnaire qui a été faite, réduit le risque évoqué. Nous verrons que le nombre de questionnaires retournés et le peu de questionnaires inexploitable témoignent finalement d'une bonne compréhension globale des propositions faites.

La quantité d'informations obtenues oblige, dans le temps imparti pour cette étude, à faire des choix. Certains lecteurs pourront le regretter. Il a par exemple été décidé dans le cadre des corrélations de variables (tris croisés) de ne choisir que le croisement entre l'identification des répondants et les autres variables. D'autres corrélations sont possibles. Elles pourront faire l'objet d'une étude ultérieure. De même le travail qualitatif réalisé lors de l'analyse de contenu de la question ouverte reste simple et succincte. Elle peut, sans nul doute être approfondie lors d'une recherche à venir.

III.4. Les attendus.

Les rangs moyens et les scores obtenus par les différentes modalités permettent de connaître le choix des personnes questionnées. L'hypothèse 1 sera validée si à la question n°1 le score des modalités 3, 6 et 9 est supérieur au score des modalités 1, 4 et 7. Le calcul peut être fait modalité par modalité ou en additionnant les 3. Notons qu'à l'aide des modalités 2, 5 et 8, la prise en compte d'une progressivité est possible sachant que Zarifian considère que la notion d'emploi s'inscrit dans une évolution entre métier et compétence.

La question n° 2 affine la validation en proposant une hiérarchisation des différentes caractéristiques de la compétence telles que définies par Guy Le Boterf.

Sur le même principe les questions 3 et 4 doivent permettre de valider la seconde hypothèse.

Notons enfin que le croisement des questions 1 et 3 permettra de savoir si les directeurs des soins privilégient l'utilisation de référentiels métiers, d'une référentialisation métier, d'un référentiel compétence ou d'une référentialisation compétence.

III.5 Les résultats.

III.5.1 Taux de réponses

Le nombre total de questionnaires traités est de 325. (Annexe II)

- 24 questionnaires ont été complétés par des directeurs de soins en charge d'instituts de formation cadre de santé, ce qui représente un taux de réponse de 61,5%.
- 286 questionnaires ont été complétés par des directeurs de soins travaillant en hôpital, ce qui représente un taux de réponse de 70,8%, dont 191 coordonnateurs généraux et 32 cadres supérieurs faisant fonction.
- 15 questionnaires d'administration directe ont été remplis par des directeurs des ressources humaines.

Ce premier résultat est très supérieur aux attendus. Proche de 75%, il permet de considérer que les réponses sont représentatives des conceptions de la population cible. De plus sachant que seuls 9 questionnaires n'ont pas pu être exploités - car les réponses n'étaient pas ordonnées - cela témoigne, d'une part de l'intérêt des personnes interrogées pour le thème de l'étude, et d'autre part de l'accessibilité de sa formulation. Nous reviendrons sur cet aspect des résultats dans l'analyse.

III.5.2 Tris à plat.

Il permet question par question d'obtenir le nombre de réponses, le rang moyen et le « poids moyen » pour chacune des propositions faites. Le poids moyen est obtenu en accordant un score décroissant en allant des réponses de rang 1 aux réponses de rang 3 à 6 selon les questions. (Tableaux 1 à 4, Annexe III)

La synthèse des résultats est présentée pages suivantes à l'aide des tableaux a), b), c) et d).

Tableaux a) : **Question 1 : Modèle de travail privilégié par les répondants**

	Nombre de réponses	Rang moyen	Ordre du rang	Poids moyen
Modèle métier				
Proposition 1	96	2,97	6 ^{ème}	2,02
Proposition 4	86	2,75	4 ^{ème}	2,24
Proposition 7	114	3,33	9 ^{ème}	1,66
<i>Total</i>	296			5,92
Modèle poste de travail				
Proposition 2	53	2,88	5 ^{ème}	2,11
Proposition 5	294	1,79	1 ^{er}	3,2
Proposition 8	19	3,21	8 ^{ème}	5,92
<i>Total</i>	366			7,1
Modèle compétence				
Proposition 3	80	3,06	7 ^{ème}	1,92
Proposition 6	233	2,55	3 ^{ème}	2,44
Proposition 9	287	2,30	2 ^{ème}	2,62
<i>Total</i>	600			6,98

Ce tableau montre que le modèle compétence est aujourd'hui privilégié par les directeurs en charge de la gestion des ressources cadre de santé. Tandis que le modèle métier, à la fois par le nombre de réponses et les rangs moyens est placé en troisième position.

L'hypothèse 1 : La conception, par les directeurs de soins, du travail des cadres de santé s'inscrit plus dans une logique compétence que dans une logique métier, semble donc validée. Ce premier résultat doit être étayé par les autres réponses. En particulier à l'aide du croisement des variables et de l'analyse de la question ouverte.

Tableaux b) : **Question 2: Caractéristiques de la compétence privilégiées par les répondants**

	Nombre de réponses	Rang moyen	Ordre du rang
Compétences			
- Savoir agir avec pertinence	240	1,82	1 ^{er}
- Savoir mobiliser ses connaissances...	126	2	3 ^{ème}
- Savoir combiner des connaissances...	189	2,01	4 ^{ème}
- Savoir apprendre	40	2,55	6 ^{ème}
- Savoir s'engager professionnellement	253	1,88	2 ^{ème}
- Savoir transférer ses acquis	96	2,43	5 ^{ème}

Au-delà de l'ordre, ce classement des compétences clés permet de tirer trois enseignements.

- La notion de pertinence de l'action, qui renvoie à l'intelligence de la situation et la prise en compte des orientations institutionnelles, est affichée comme prioritaire.
- On constate un regroupement deux à deux des savoir-faire, avec peu d'écart au sein de ces regroupements. La pertinence de l'action est associée à l'engagement professionnel, tandis que la mobilisation et la combinaison des connaissances sont liées. Enfin, en dernier, le savoir apprendre est classé proche du transfert des acquis. Il est remarquable de noter la cohérence théorique de ces regroupements. En effet il est impossible d'imaginer la combinaison des connaissances sans qu'elles soient mobilisées, affichant ainsi la nécessaire dynamisation des savoirs. Par ailleurs le concept de transfert des acquis est étroitement relié aux théories de l'apprentissage, particulièrement dans l'organisation des taxonomies de cet apprentissage⁵⁸.
- Le classement à la dernière place du savoir apprendre pose les questions de la possibilité d'autonomisation des cadres de santé, et de la prise en compte par les décideurs hospitaliers de la notion d'entreprise apprenante. L'hôpital ne serait pas une institution apprenante pour les cadres de santé ?

⁵⁸ Cf. l'ouvrage de **Viviane et Gilbert De Landsheere**. *Définir les objectifs de l'éducation*, 6^{ème} éd, Paris, P.U.F, 1989, 331 p.

Tableaux c) : **Question 3 : Usage des référentiels privilégiés par les répondants**

	Nombre de réponses	Rang moyen	Ordre du rang	Poids moyen
Référentiel « produit »				
Proposition 1	114	1,96	3 ^{ème}	2,03
Proposition 3	57	2,03	4 ^{ème}	1,96
Proposition 5	292	1,69	1 ^{er}	2,3
<i>Total</i>	463			6,29
Référentialisation				
Proposition 2	201	1,83	2 ^{ème}	2,17
Proposition 4	238	2,42	6 ^{ème}	1,57
Proposition 6	33	2,33	5 ^{ème}	1,66
<i>Total</i>	472			5,4
Pas de référence écrite				
Proposition 7	1	3	7 ^{ème}	

Le nombre de réponses et le classement des rangs moyens apportent une réponse contrastée à la question posée.

En première lecture l'usage du référentiel comme produit fini paraît plébiscité par les répondants. En effet si l'écart du nombre de réponses est faible, l'ordre des rangs moyens et les scores des poids moyens sont à l'avantage de la notion de référentiel « produit ». Il faut cependant noter l'ambivalence de la proposition 5 : *pour connaître et évaluer le travail du cadre il faut définir des objectifs précis*. En effet cette affirmation est valide pour modéliser le référentiel à la fois comme produit et comme processus de référentialisation. Ceci explique pourquoi le fait de définir des objectifs précis pour connaître le travail du cadre apparaît comme prioritaire. Il s'agit de donner du sens, une orientation, aux activités du cadre de santé.

Au vu de ce résultat, il est possible d'estimer qu'il y a, pour les personnes interrogées, nécessité d'équilibrer l'usage des référentiels professionnels à la fois en tant que produits finis rédigés par des « experts » et dans le cadre d'une procédure de construction.

L'hypothèse 2 : Les directeurs de soins considèrent les référentiels plus utiles comme résultats d'un processus de construction, de type référentialisation, que comme outils finis, n'est donc pas validée.

Tableaux d) : **Question 4 : Etapes de la procédure de référentialisation**

	Rang moyen	Ordre du rang
Phases de la référentialisation		
- Etablir un contrat avec le cadre	3,43	3 ^{ème}
- Commencer par définir les finalités...	2,07	1 ^{er}
- Partir des situations de travail réel...	3,55	4 ^{ème}
- Actualiser régulièrement les références...	4,6	6 ^{ème}
- Faire participer les CS à la formalisation	2,9	2 ^{ème}
- Connaître le projet professionnel des CS	3,83	5 ^{ème}

Cet ordonnancement des phases de la référentialisation renforce les résultats de la question précédente. En effet les répondants plébiscitent le fait de commencer par définir les finalités du travail du cadre pour s'engager dans une procédure de construction d'un référentiel. Nous remarquons ensuite que la participation des cadres et l'engagement contractuel sont les phases prioritaires d'une démarche qui doit être considérée comme coûteuse car ne nécessitant pas d'être actualisée régulièrement.

III.5.3 Tris croisés

Il est intéressant de savoir si ces résultats varient en fonction des catégories professionnelles de répondants. Les tableaux 5 à 8 en annexe IV apportent la réponse.

Il y a globalement peu d'écart de représentation entre les différents acteurs hospitaliers sollicités. Les hiérarchisations des réponses sont similaires et les tests d'hypothèses donnent les mêmes résultats pour les différentes sous-populations.

Trois points particuliers méritent cependant d'être soulignés :

- Concernant les modèles de travail, il est notable que les directeurs de ressources humaines, en mettant plus en avant que les autres répondants, *l'analyse des situations de travail* (proposition 6) et *le pouvoir décider* (proposition 3), privilégient plus nettement le concept de compétences.
- Sur le thème des caractéristiques de ce concept, les résultats montrent que les directeurs de ressources humaines, et les directeurs d'I.F.C.S favorisent le savoir transférer ses acquis. Si cela est aisé à comprendre pour les personnes chargées d'organiser la formation des cadres, l'explication est autre pour les directeurs des ressources humaines (D.R.H.) La notion d'entreprise apprenante est peut être plus « proche » des conceptions des directeurs d'hôpitaux que des directeurs de soins ?

- Notons enfin que la population des directeurs d'I.F.C.S souhaitent de manière plus significative que les autres populations questionnées *disposer de normes généralisables*. Cela tient probablement au fait qu'ils ont à mettre sur le marché du travail des cadres de santé polyvalents, « généralistes » qui se « spécialiseront » au contact des situations d'exercices professionnels.

III.5.4 L'analyse de contenu

Autorisée par la question ouverte de fin de questionnaire, cette analyse permet d'obtenir un complément aux informations données par les réponses précédentes. Ce complément est soit un prolongement, soit un ajout, soit une mise en perspective des réponses apportées aux quatre questions fermées.

Le mode de traitement repose sur une analyse lexicale de la totalité du discours. C'est premièrement un traitement quantitatif par décompte et calcul des occurrences de l'ensemble des termes produits. Puis une approche qualitative par l'étude du contexte des mots, l'attribution d'une signification aux termes et la catégorisation de ceux-ci⁵⁹.

L'importance du volume d'information – 117 personnes ont répondu à la question ouverte - a nécessité de réduire le traitement des données à quelques termes parmi les plus significatifs du thème de l'étude. Le choix de ces termes est fondé sur les corrélations avec les entretiens exploratoires et avec la problématique théorique développée au chapitre II. Il renvoie donc aux notions de métiers (12 occurrences), de capacités (23 occurrences), de compétences, de contexte (29 occurrences) et de positionnement (25 occurrences) des cadres de santé dans le système hospitalier. Les données seront présentées pour éclairer le développement de l'analyse puis pour étayer les propositions d'action du directeur des soins.

⁵⁹ **BARDIN.L.** *L'analyse de contenu*. 10^{ème} éd. Paris : P.U.F, 2001. 288 p. (Le psychologue)

IV ANALYSE

Elle donne sens aux résultats de l'enquête. C'est une mise en relation des informations obtenues avec les constats de départ et les éléments théoriques retenus par le chercheur. Après avoir proposé une explication au nombre important de questionnaires renseignés et retournés par les personnes sollicitées, les conceptions du travail des cadres de santé et de sa formalisation seront successivement étudiées. Dans un second temps nous tenterons de comprendre comment les directeurs de soins conçoivent les compétences cadre de santé et leur formalisation.

IV.1 La formalisation du travail des cadres de santé : un sujet d'actualité

Le premier chapitre de ce travail affirme que les difficultés des cadres sont reconnues. L'engagement de réponse de la part des directeurs de soins interrogés en est la confirmation. Cela témoigne d'une préoccupation en relation avec un constat partagé, une impérieuse nécessité, un questionnement complexe et une fonctionnalité professionnelle.

Les difficultés sont connues des directeurs de soins. *« Un travail de plus en plus lourd, avec de moins en moins de temps et plus de responsabilités »* ; *« Le cadre de santé occupe une position inconfortable à la croisée de tous les chemins stratégiques d'un établissement »* ; *« Dans le contexte général de complexification des organisations hospitalières, plus que jamais le travail du cadre de santé devient essentiel et difficile »* sont autant de témoignages recueillis dans les questionnaires qui apportent la preuve de cette conscience du problème.

Les cadres sont au cœur du système hospitalier. *« A L'interface des composantes médicale, paramédicale, administrative et logistique le cadre doit assurer sa mission en favorisant la cohérence de l'établissement »* ; *« Par la fonction qu'il occupe le cadre de santé est un élément clé du système de santé »* ; *« Le cadre de santé est un acteur de terrain. Il est un élément pivot, une courroie de transmission... »*. Cette place véritable *« tampon entre la direction administrative et corps médical »*, est la source de difficultés de positionnement. 45 questionnaires évoquent à l'aide de mots tels que *« maillons, place, pivot, position et positionnement »* cette centralité du métier de cadre. Affirmer, renforcer, soutenir cette position est une impérieuse nécessité managériale.

La mise en œuvre de ce soutien ne va pas de soi. Elle est dépendante de l'environnement, du contexte structurel, des modalités de fonctionnement de l'établissement, des qualifications de l'encadrement, du réseaux des cadres et surtout des

projets institutionnels. En bref cette mise en œuvre s'inscrit dans une logique complexe cohérente avec une vision systémique du monde hospitalier⁶⁰. L'accompagnement⁶¹ des cadres de santé est au cœur du métier de directeur des soins.

Pour toutes ces raisons - et bien d'autres -, il est aisé de comprendre le retour massif de questionnaires. La formalisation du travail des cadres est source d'intérêt et d'interrogations pour les dirigeants hospitaliers. C'est un sujet d'actualité.

IV.2 Quel type de références ?

La perception des logiques et de l'organisation du travail des cadres de santé par les directeurs de soins et les directeurs des ressources humaines s'inscrit dans l'évolution historique décrite par Philippe Zarifian⁶². Le modèle de compréhension et de gestion du travail des cadres choisi et souhaité, est le celui de la compétence.

Devenir cadre c'est accéder à un nouveau métier, « *Cadre de santé = changement de métier* ». La formation, les finalités, l'activité, et l'évaluation des professionnels qui exercent ce métier nécessitent aujourd'hui de se référer aux critères et aux principes de la compétence. Cependant les réponses aux questionnaires expriment plus une volonté, une intention ou un souhait qu'une réalité. Les écueils à la mise en pratique d'un management des cadres par les compétences sont nombreux. Certains tiennent à la spécificité du métier de cadre de santé, d'autres au contexte, les derniers au concept même de compétences.

La spécificité du métier de cadre à l'hôpital peut être résumée par le paradoxe lié à son accessibilité. Devenir cadre de santé c'est changer dans la continuité. Il y a en effet continuité du lieu d'exercice, continuité des valeurs professionnelles et parfois continuité des attendus. Cette continuité s'exprime dans la volonté, souhaitée par les cadres eux-mêmes, et affichée par les directeurs des soins de rester «soignant ». « *le cadre est avant tout un soignant capable de mobiliser des compétences* », « *Le cadre de santé est avant tout un cadre soignant...* ». Au-delà de l'interrogation un peu provocatrice consistant à se demander « qui doit-il soigner ? », la question posée est celle de l'équilibre, de la juste distance à trouver entre un métier de « technicien du soin » qui doit

⁶⁰ MORINE, E, LE MOIGNE, J-L. *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. Lille, Editions ASPEPS, 1997. 85 p.

⁶¹ L'accompagnement est compris ici comme le fait « *d'aller avec* » c'est-à-dire de permettre à l'autre de **faire son chemin**.

⁶² ZARIFIAN, Ph. *Le modèle de la compétence, op. cit.*

être quitté et un métier d'encadrant⁶³ qui doit être construit et approprié. Le cadre de santé est-il un expert du soin ? ou un expert en management ?

Ces deux questions prennent une acuité particulière dans le contexte hospitalier. A l'hôpital la logique de l'expert est fortement valorisée. Elle correspond au modèle biomédical qui s'organise autour du développement et de la reconnaissance des capacités et qualités techniques. Le cadre de santé, dont on admet et affirme qu'il doit « *travailler en collaboration avec les médecins* », n'est plus un auxiliaire médical. Etre au cœur du processus de soin, sans soigner, en ayant été soignant est une position difficile à occuper. Cela demande à définir les contours et le cœur d'un autre – nouveau - métier, celui de cadre de santé.

Pour cela il n'est pas incompatible de s'engager dans une politique et une stratégie de management des cadres par les compétences. La question est « qu'est ce que la compétence » ou plutôt « quelle est notre définition de la compétence ? ». Il faut personnaliser l'approche compétence et pour cela, faire des choix, les partager, les afficher et les évaluer régulièrement. Toute cette démarche permet de construire une culture compétence et de mettre des mots sur les inférences que l'on fait pour identifier les compétences des cadres de santé.

IV.3 Référentiel ou/et référentialisation ?

La question posée part du postulat qu'il y a distinction entre le référentiel produit, le référentiel procédure et le référentiel processus. C'est un postulat pragmatique qui est ancré dans l'observation des pratiques de l'usage des référentiels à l'hôpital. Les dirigeants hospitaliers et particulièrement les directeurs des soins ont pour habitude de se servir d'outils pré-construits, une sorte de référentiel « clés en main ». Nous avons vu (p.39) qu'une lecture « brute » des résultats conforte cette idée.

Cependant une lecture plus approfondie des questionnaires apporte une réponse plus nuancée. Cela interroge les compréhensions théorique et pratique de l'hypothèse proposée. D'un point de vue théorique, demander de faire un choix entre l'outil et son élaboration peut être contesté. Gérard Figari⁶⁴ explique en effet que l'utilisation de référentiel est fondée sur leur évolution et leur reconstruction. La référentialisation est une démarche continue et réflexive qui alterne l'utilisation du référentiel produit et la procédure

⁶³ Cf. les fiches métiers proposées dans le répertoire des métiers de l'hôpital en cours d'élaboration dans le cadre du projet RAMSES.

⁶⁴ **FIGARI.G.** *Evaluer : quel référentiel ?* Op. Cit.

de construction de celui-ci. C'est à ce prix que le référentiel reste pertinent, efficient et personnalisé.

De manière pratique, les directeurs de soins ont l'intuition qu'il est nécessaire de s'engager dans une démarche d'élaboration « locale » de ces référentiels. « *Je pense qu'il est essentiel de formaliser le travail des cadres* », « *Il y a une nécessité de formaliser le travail du cadre* », « *le travail du cadre manque de référentiels* ». Cependant, peu formés à ce travail, ils en perçoivent l'intérêt mais n'en maîtrisent pas les règles de mise en œuvre. Des préconisations (chap. V) sont souhaitables.

IV.4 Quelles approches de la compétence des cadres de santé ?

Pour les dirigeants de l'hôpital, décider de mettre à jour les compétences cadres de santé, c'est mener une approche à la fois individuelle et collective. En effet compétences individuelles et collectives sont co-constitutives. Il n'y a pas de groupe cadre compétent sans individus compétents, et inversement. Il n'y a pas de cadre de proximité compétent sans cadres supérieurs compétents, et inversement. Le prolongement de ce raisonnement met en évidence qu'il n'y a pas de cadre compétent sans dirigeants - donc directeur des soins - compétents, et inversement. « *Sans un réel positionnement du cadre de santé au plus près des malades et des équipes, il ne peut fonctionner et le directeur des soins est virtuel* ». Cette « évidence » fera l'objet du dernier chapitre de ce travail.

IV.4.1 Compétences individuelles

Les choix opérés par les personnes ayant répondu au questionnaire posent la primauté du contexte et de l'engagement professionnel dans la construction des compétences du cadre de santé.

La prise en compte du contexte est rendue nécessaire par la variabilité des situations de travail des cadres de santé, par l'évolutivité rapide du secteur hospitalier et par la personnalisation de l'engagement au travail des managers. Etre cadre de santé c'est statutairement⁶⁵ occuper des fonctions de cadre de proximité ou de cadre supérieur. Mais c'est aussi fonctionnellement être responsable d'une unité ou chargé de formation ou encore chargé d'une mission transversale en qualité d'expert. Peut être est-il souhaitable d'élaborer un référentiel métier commun à ces différentes fonctions, et un référentiel de compétences pour chacune d'entre elles ?

⁶⁵ Cf. Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 1^{er} janvier 2002, page 38.

Le monde hospitalier évolue rapidement, la fonction cadre de santé également. Asseoir le management des cadres sur un référentiel qui n'accompagne pas cette évolution est une erreur.

Par ailleurs il est reconnu que l'appropriation de tout système de références, qu'il vise l'évaluation⁶⁶ ou l'organisation du travail est facilitée par la participation à sa construction. Il y a ainsi personnalisation du référentiel par la participation active à son édification, des dirigeants de l'hôpital, mais aussi des cadres de santé.

Il est intéressant de s'arrêter un instant sur les notions de mobilisation et de combinaison des connaissances. Ces notions interpellent le lien entre qualification et compétence. Si Philippe Zarifian⁶⁷ et Guy Jobert⁶⁸ insistent sur la distinction entre les deux concepts, de nombreuses réponses aux questionnaires posent le problème de la formation, de la maîtrise des savoirs et donc de la qualification. « *La formation des cadres est un temps nécessaire. Les étudiants cadres devraient pouvoir élaborer en I.F.C.S, un profil de fonction utilisable quelque soit le lieu d'exercice et adaptable ensuite au poste qu'ils occuperont* », « *Le travail du cadre manque [...] et d'une formation I.F.C.S plus adaptée* », « *Le cadre doit savoir se positionner* », « *Le cadre de santé doit savoir travailler avec son équipe soignante...* ». Le lien entre qualification et compétence est posé par Guy Jobert⁶⁹ comme relation entre travail prescrit et travail réel. « *La qualification renvoie plutôt aux savoirs scolaires et au travail prescrit alors que la compétence se définit plutôt par rapport à l'action concrète...* ». Cela montre qu'une formation au sein d'un dispositif « éducatif » est nécessaire mais pas suffisant. L'apprentissage ne s'interrompt pas à la sortie de l'I.F.C.S. Le travail à l'hôpital est apprenant. La participation à la construction de référentiels professionnels en est une composante.

IV.4.2 Compétences collectives

La problématique des compétences du cadre de santé est aussi celles des compétences du collectif cadre. L'absence d'esprit de corps des cadres hospitaliers est souvent signalée. Au delà des difficultés de constitution d'un groupe social de cadre, évoquées par Luc Boltanski⁷⁰ et Evelyne Jardin⁷¹, ce qui est signifié c'est le manque de visibilité du rôle, des missions et de la valeur ajoutée du groupe des cadres de santé. C'est aussi dire que la capacité de mobiliser, collectivement, diverses ressources cognitives pour faire face à des situations singulières, ne va pas de soi.

⁶⁶ Cf. le concept d'évaluation formatrice développé par Jean-Jacques Bonniol et Michèle Genthon.

⁶⁷ ZARIFIAN.Ph. *Le modèle de la compétence, op. cit.*

⁶⁸ JOBERT.G. *De la qualification à la compétence, op. cit.*

⁶⁹ *ibid.*

⁷⁰ BOLTANSKI.L. *Les cadres : la formation d'un groupe social, op. cit.*

En pratique le collectif cadre à l'hôpital est le plus souvent un groupe ressources. « Dépannages » ponctuels, participation commune à des groupes de travail et tutorat, souvent frileux, lors des prises de fonction, sont quelques uns des exemples de coopération que l'on voit à l'hôpital. Totalement informel et sous la dépendance du volontariat et de la bonne volonté individuelle ce fonctionnement n'est pas l'expression d'une compétence collective du groupe cadre. De fait cet aspect de la gestion prévisionnelle des compétences est souvent occulté. C'est un peu comme si juxtaposer des compétences individuelles permettait de développer une compétence collective. Il y a longtemps que l'exemple des sports collectifs a montré le contraire. Il semble donc utile de prendre en compte cette facette du problème. La question étant : cela peut-il - ou doit-il - être fait simultanément avec la formalisation des compétences individuelles ?

IV.5 Quelles modalités de la référentialisation ?

La mise en ordre des caractéristiques de la référentialisation par les personnes questionnées semble consacrer certaines évidences. Afficher en première place le fait de commencer par définir les finalités du travail du cadre paraît incontournable. En réalité cela témoigne souvent d'une extériorisation de la conception du travail et d'une modélisation prescrite de celui-ci. Les finalités sont alors « imposées » et orientent un projet qui est essentiellement institutionnel. Cette analyse est renforcée par l'avant-dernière place accordée à la nécessité de connaître le projet professionnel des cadres.

Cette ambiguïté est atténuée par le choix des autres propositions qui mettent en avant le besoin de prendre attache avec les cadres et la réalité de leur travail quotidien.

- Il apparaît que pour les personnes interrogées, la démarche d'élaboration d'un référentiel professionnel pour les cadres de santé repose sur un équilibre entre la prise en compte d'un travail prescrit et la prise en considération du travail réel. Cette conception pragmatique combine logique des compétences prescrites et logique des compétences non prédéfinies. La première fait directement référence au travail et impose de mobiliser des connaissances et des savoirs prescrits. La seconde passe par l'analyse des conditions de réalisation de l'activité. Il s'agit de comprendre pour apprendre à agir. Pour cela il faut partir de l'analyse des démarches et des contraintes de travail. Mais aussi de l'observation du travail et des stratégies d'action des professionnels et d'un référentiel métier. La référentialisation est alors « un construit au fur et à mesure » qui doit mobiliser l'énergie et le temps du directeur des soins.

⁷¹ **JARDIN.E.** *La métamorphose des cadres, op. cit.*

V DES PROPOSITIONS POUR L'ACTION DU DIRECTEUR DES SOINS

Deux illusions accompagnent le plus souvent la construction d'un référentiel de compétences. La volonté d'établir un référentiel neutre et objectif. La recherche d'un répertoire exhaustif des compétences requises. La référentialisation demande d'accepter le pluralisme des représentations et nécessite de considérer le référentiel comme un chantier, régulièrement évalué. Philippe Perrenoud⁷² nous rappelle que « *la construction d'un référentiel de compétences est [...] une navigation à vue entre deux écueils également funeste : se perdre dans les détails, produire une liste indigeste et inutilisable d'items qui font éclater le métier en une myriade de petites choses ; se limiter à quelques grandes fonctions abstraites.* »

Les propositions à venir souhaitent aider à éviter ces écueils.

V.1 Donner du sens au travail du cadre de santé

Posée comme essentielle dans l'article de Josette Hart⁷³, la problématique du sens du travail des cadres recouvre plusieurs dénominations sémantiques. Le mot sens est pris ici dans ces trois acceptions, la direction, la signification et la sensation. Ces trois compréhensions du terme renvoient à trois obligations du directeur des soins.

Par la formulation des finalités du travail du cadre de santé, ses « employeurs » affichent des objectifs et des attentes auxquels il devra répondre. Classiquement affichées en termes de missions dans les fiches de poste, ces attentes sont souvent génériques et statiques. Il est nécessaire de les dynamiser en précisant les contours de leur mise en œuvre. Une formulation du type, « *le cadre détermine les besoins et les catégories professionnelles nécessaires au fonctionnement du service dans le respect du droit du travail et des législations professionnelles spécifiques* »⁷⁴ a le mérite de poser des limites à l'activité envisagée. Ces limites ne rigidifient pas, elles affichent le domaine d'autonomie et favorisent l'action. C'est l'absence de bornage qui le plus souvent freine toute innovation. Le référentiel de compétences cadre doit être construit à l'aide de finalités explicites.

La signification du travail du cadre est en lien avec son utilité, avec sa valeur ajoutée. La question posée est : « que fait le cadre qui n'est pas fait par d'autres ? »

⁷² **PERRENOUD.P.** *Pédagogie différenciée : des intentions à l'action*. Paris. ESF éditeur, 1997. 194 p.

⁷³ **HART.J.** *Le sens de l'encadrement*. Soins Cadres, n°35, 3^{ème} trimestre 2000. p 29-33.

⁷⁴ **A.N.C.I.M.** *Normes de compétences des cadres infirmiers et médico-techniques*. Soins – Encadrement - Formation, 1^{er} trimestre 1999, n°29. Op. Cit. p 39.

Cette interrogation est essentielle pour le hiérarchique, pour les équipes qui sont animées par le cadre, pour les usagers et enfin pour lui-même. La réponse à cette question légitime son existence et son rôle au sein du dispositif hospitalier. Rechercher des situations de travail significatives⁷⁵ de la place du cadre, les analyser et en extraire les compétences est un moyen de construire la signification. La validation de l'aspect significatif des activités retenues, ne doit pas être le seul fait de la direction des soins. L'ensemble de la filière ressources humaines doit y participer, ainsi que le corps médical, les équipes et bien entendu les cadres eux-mêmes. Parmi les activités proposées certaines seront éliminées. Les arbitrages appartiennent aux dirigeants car ce sont eux qui évaluent. Si, comme nous pouvons l'imaginer, il est considéré que l'organisation des soins est une des valeurs ajoutées du cadre de proximité, étudier la manière dont il s'y prend pour le faire et en tirer les enseignements utiles et un exemple possible de réflexion à conduire.

Avoir la sensation de faire un travail de cadre pose la question de la place, la posture, la position occupée. Cette place doit être façonnée par le cadre. Il doit pour cela être aidé par sa hiérarchie. Le cadre supérieur accompagne le cadre, le directeur des soins accompagne les deux. Cet accompagnement s'exprime dans la politique managériale du directeur des soins. L'une des personnes interviewées dans la phase exploratoire considère que l'affichage et la cohérence de cette politique sont des données fondamentales. *« Je ne peux définir aujourd'hui le contenu d'une fonction de cadre qu'au regard de la définition d'une politique et d'une volonté. La question posée est : Est-ce que les directeurs de soins savent ce qu'ils veulent faire et comment ils veulent le faire? On peut a priori dire oui. A ce moment-là on a naturellement une fonction dont le contenu va découler des grandes orientations d'une politique qu'elle soit écrite ou pas... »* Prenant l'exemple du management situationnel il rappelle que le choix d'un management participatif ou d'un management directif par le directeur des soins, n'accorde pas la même place au cadre. Nous n'insisterons pas sur le fait que l'objectif est un management différencié, adapté aux situations et aux professionnels. L'important est de savoir que c'est l'ensemble de l'équipe de direction qui impulse un mode managérial et donc détermine la place des cadres.

Dés lors il évident que donner du sens au travail des cadres est à la fois un préalable, et constitutif de l'élaboration d'un référentiel de compétences.

⁷⁵ Le Boterf parle de « *savoir-faire critique* ».

V.2 Professionnaliser le métier de cadre de santé

Cet engagement est souhaité par Clara de Bort et Serge Fourans⁷⁶. Ces auteurs préconisent la voie de la formation. Guy Le Boterf fait de la professionnalisation l'objectif de la gestion par les compétences.

Le mot professionnalisation est un substantif récent issu de profession. C'est à la fois un processus et un ensemble de procédures visant à créer socialement un corps professionnel ou un professionnel. La profession est elle-même une activité déterminée au sens où elle possède des règles de formation, d'accès et d'exercice. Issue de « *professium* » signifiant déclaration, une profession est une « *déclaration publique, action de se donner comme* », notion d'état, de condition, termes faisant appel au rang social ; la profession est une marque significative de la place de l'individu dans la société. Vers 1400, le vocable est l'acception de métier ; mais au fil du temps, profession se distingue de métier dans la mesure où il signifie « *métier ayant un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique, ou la position sociale de ceux qui l'exercent.* »

Par ailleurs, le Bureau International du Travail définit la profession comme « *une activité professionnelle de caractère intellectuel, dont l'exercice exige des connaissances et des compétences de haut niveau, généralement acquises dans le cadre d'études supérieures universitaires au autres, [dans divers domaines].* »

La profession caractérise un corps social capable de produire son propre corpus de connaissance, de fixer ses règles d'exercice et de s'organiser de manière autonome.

A l'échelle de l'établissement où il travaille le directeur des soins doit participer à la professionnalisation des cadres de santé. La référentialisation des compétences cadre y contribue car elle est à la fois la mise en forme des règles d'exercice et l'expression de l'autonomie des cadres de santé. L'enjeu est à la fois de sortir les cadres de leur métier de soignants et de les faire entrer dans un métier de manager dans une unité de soins. Cela demande d'explicitier ce terme et ce qu'il recouvre d'un point de vue fonctionnel.

Donner une définition générique du manager ou du management est illusoire et inutile. Sachant que le terme est souvent apprécié comme péjoratif à l'hôpital car marqué par l'image de l'entreprise et d'une vision libérale du travail, sa signification doit être fondée sur des pratiques d'animation et de coordination. La valeur exemplaire du management du directeur des soins et du reste de l'équipe de direction est alors essentielle.

⁷⁶ **DE BORT.C, FOURNANS.S.** *Le malaise des cadres hospitaliers.* Revue hospitalière de France, janvier – février 2003, n°490, pp. 53-56.

V.3 Préconisations pour une référentialisation des compétences du cadre de santé

Ces préconisations sont déclinées à partir d'une transposition dans le milieu hospitalier des procédures de référentialisation décrites par Gérard Figari. Ce chercheur, mandaté à plusieurs reprises pour accompagner l'élaboration de référentiels d'évaluation des dispositifs éducatifs, décompose le processus en six « *projets* »⁷⁷.

V.3.1 La démarche.

Le premier vise à définir les finalités du système à traiter. L'objectif est à la fois de construire les frontières de ce que l'on souhaite référencer et de savoir pourquoi l'on veut référencer. Dans le cas qui nous occupe veut-on construire un référentiel cadre en général qui comprenne les différentes fonctions - formateur, encadrant ou expert - et les différentes missions - cadre de proximité ou cadre supérieur - ou bien un référentiel pour chaque catégorie ? De même le référentiel est-il fait pour une reconnaissance professionnelle, pour évaluer les cadres, pour auditer une situation d'encadrement, ou pour accompagner un changement d'organisation du management ? Chacune de ces situations peut faire l'objet d'une référentialisation. Par ailleurs la construction d'un référentiel peut aussi être motivée par plusieurs de ces intentions.

Les finalités du système étant énoncées, il faut récupérer l'information sur le travail attendu du cadre. Elles concernent les attentes des partenaires du cadre et définissent le travail prescrit. Ces informations peuvent être obtenues à l'aide d'entretiens ou de questionnaires. Le choix de l'outil est fonction de la disponibilité des personnes sollicitées et des savoir-faire des questionneurs. Les entretiens de groupe ont l'avantage du gain de temps et de l'émulation des participants. C'est un bon moyen qui nécessite une habitude d'animation de groupe. Quand le dispositif est rodé, la présence des cadres à ces entretiens peut être opportune pour engager un feed-back.

L'étape suivante consiste à identifier les caractéristiques structurelles et fonctionnelles du contexte de travail des cadres. Structurellement il faut répertorier les éléments du contexte et les mettre en relation. Par exemple le cadre est-il seul ? Fait-il partie d'une équipe de cadres ? Y a-t-il un cadre supérieur ? Quel est l'organigramme médical ? Quelle est la structure de la direction des soins ? Etc. Mis en relation ces différents éléments décrivent la structure de l'organisation. Fonctionnellement il faut savoir pour quoi l'encadrement est fait dans ce secteur. Recherche-t-on une expertise technique, une fonction d'animation (grande équipe, équipe en difficulté...), d'organisation (flux d'activité aléatoire, rythme de travail varié, etc...), de communication, pédagogique (équipe jeune,

turn-over important, évolution rapide des techniques de soins...) ou une combinaison de ces diverses fonctions.

Après cette approche macroscopique⁷⁸ du contexte, il faut « zoomer » sur différentes situations de travail du cadre pour mieux le connaître. Pour cette approche du travail réel des cadres, l'entretien d'explicitation développé par Pierre Vermersch⁷⁹ est un outil pertinent. Utilisé lors de l'étude réalisée par l'I.F.C.S.de l'AP-HP⁸⁰, l'entretien d'explicitation recouvre un ensemble de techniques qui visent à faciliter, à guider la description après coup du déroulement de sa propre action. Il s'agit de provoquer une prise de conscience des procédures de l'action. En effet Pierre Pastre nous rappelle que « *Chez l'adulte, et notamment chez certains professionnels, les cas sont assez nombreux où la compréhension ne réussit pas à rattraper la réussite : des experts sont incapables d'expliquer comment ils font pour faire ce qu'ils font. Et pourtant ils arrivent tant bien que mal à transmettre leur savoir-faire, en utilisant la démonstration, accompagnée éventuellement d'un commentaire. On voit donc que dans ce cas le mouvement de construction de la compétence se fait de la non-conscience initiale à la prise de conscience.* »⁸¹

Pour permettre la verbalisation de l'action vécue la première difficulté qui se présente est qu'elle est « pré réfléchi » pour une bonne part, et tout particulièrement sur les détails de la réalisation de l'action. Autrement dit pour être verbalisée, l'action, comme d'ailleurs les autres aspects du vécu, doit faire l'objet d'une prise de conscience préalable.

On a donc deux ensembles de techniques d'explicitation :

- Le premier ensemble vise à créer les conditions permettant la prise de conscience,
- Le second ensemble a pour but, une fois que les conditions sont réunies d'aider à produire une description précise, détaillée et fidèle du déroulement de l'action.

La description de l'action met alors en évidence les procédures, les stratégies et les choix à l'œuvre lors de cette action. La combinaison de ces caractéristiques de l'action met en avant ce qui a favorisé ou limité la performance au travail. Il est alors possible d'en inférer les compétences professionnelles de l'interviewé.

L'ensemble des informations obtenues ne nécessitent pas d'être retenues. Il faut opérer un choix en lien avec les finalités de la construction du référentiel et avec la maîtrise de sa

⁷⁷ FIGARL.G. *Evaluer : quel référentiel ?* op. cit., p. 52.

⁷⁸ Telle que proposée par Joël De Rosnay dans son ouvrage *Le macroscope*.

⁷⁹ VERMERSCH.P. *L'entretien d'explicitation*, Paris, ESF éditeur, 1994, 182 p.

⁸⁰ I.F.C.S. DE L'AP-HP. *Une équipe à la recherche d'un niveau supérieur dans la qualité de la formation*, op. cit.

⁸¹ PASTRE.P. *Les compétences professionnelles et leur développement*. Revue de la Cfdt, mars 2001, n°39, p 7.

méthodologie. Pour construire un référentiel de compétences, il est souhaitable de limiter ses ambitions. L'étendue et la complexité du contexte sont ainsi circonscrites. La schématisation est moins « caricaturale ». Son utilisation est plus accessible. Il est toujours temps d'étoffer le système en seconde intention. Il est par exemple plus pertinent de limiter le travail à la construction d'un référentiel de compétences de cadre de proximité en unité de soins, ou en secteur médico-technique avant d'éventuellement proposer un référentiel commun.

Le dernier « projet » est celui de l'utilisation du référentiel, avec en particulier l'initiative qui est laissée à l'acteur, ici le cadre de santé, pour privilégier en fonction de la situation certains axes ou domaines du référentiel de compétences. Il est fréquent de constater l'étendue des compétences formalisées dans les référentiels. Il apparaît impossible à un individu de répondre à l'ensemble des attendus. Il faut permettre et favoriser « les navigations » individuelles au sein de ces systèmes de références. Cette autonomie doit faciliter les adaptations futures du référentiel. En évaluant régulièrement l'usage qui est fait du référentiel, il est possible de l'adapter aux évolutions de l'environnement, des objectifs visés et des pratiques de management.

V.3.2 Quel document ?

Gérard Figari répond à cette question en considérant qu'il n'est pas possible de restituer, dans un travail tel que cette recherche, un quelconque référentiel. En effet « *il appartient aux acteurs, il n'est pas définitif, il ne se veut pas normatif* ⁸² ». Il est seulement possible de dire que le référentiel - document éphémère – doit présenter « *les différentes phases de la référentialisation et les dimensions étudiées accompagnées des justifications apportées* ⁸³ » par l'analyse des situations de travail et le regard des partenaires du cadre. Il ne doit pas se résumer à un catalogue d'objectifs ou une « check-list » de capacités. Les différents éléments retenus doivent être reliés entre eux sous forme de tableaux ou schémas.

V.4 A propos d'un exemple

Une illustration succincte de la démarche permet d'affiner l'explication de sa mise en œuvre pratique.

Le problème posé est celui de l'organisation d'une permanence des cadres dans un établissement public de santé de taille moyenne (700 lits).

⁸² FIGARI.G. *Evaluer : quel référentiel ?* Op. Cit., p 169.

⁸³ Ibid.

L'objectif de la direction des soins est de mettre en place un dispositif de présence des cadres de santé le week-end, afin qu'ils assurent une mission de veille et de réponse aux problèmes d'organisation des soins qui pourraient se présenter. Cette présence complète celle des administrateurs de garde. L'ensemble des cadres de santé (infirmiers, médico-techniques et rééducateurs) est sollicité pour participer à ce dispositif.

Au-delà des questions d'organisation matérielle de ce système (nombre de cadres présents, horaires de présence, fréquence des permanences assurées...) se posent plusieurs questions liées aux compétences des cadres. Quelles sont explicitement les tâches qu'ils doivent assurer pendant ces permanences ? Quelles sont les compétences requises pour assurer ces permanences ? Les cadres médico-techniques et de rééducation disposent-ils de ces compétences ? Comment évaluer l'efficacité du dispositif de présence des cadres de santé ? Comment, si besoin, faire évoluer l'organisation de la permanence ? Il s'agit donc bien d'une problématique de gestion des compétences cadre dans un système complexe.

Sans entrer dans le débat sur les décisions prises par la direction des soins, il est intéressant de se demander comment l'élaboration d'un référentiel de compétences pourrait apporter des réponses aux questions soulevées, particulièrement par les cadres médico-techniques. Reprenons les différents « projets » évoqués par Gérard Figari.

Concernant les finalités du système à étudier il est nécessaire de dépasser la seule évocation des premières intentions exposées au sujet de la veille et de la réponse au problème d'organisation des soins. Ce système de permanence dont les limites sont claires, l'ensemble des unités ouvertes dans l'hôpital le week-end et l'ensemble des cadres de santé, répond à d'autres objectifs. Au moment de la mise en place d'une direction des soins élargie et de l'organisation en pôles de l'établissement ce système participe à la construction d'une culture cadre commune et d'un outil d'organisation transversale sur l'ensemble de l'hôpital. De manière corollaire ce système doit favoriser les échanges entre cadres, ainsi que la connaissance partagée des difficultés quotidiennes de chacun. Il est remarquable que l'engagement de la direction des soins, et de l'ensemble de la direction, sur ce projet permet l'affichage de la politique managériale dans l'hôpital. Des valeurs telles que responsabilité, continuité et poly-compétence sont au cœur de ce projet.

Les objectifs étant posés, il est nécessaire de décrire la structure et les fonctions du système. La description des éléments structurels passe par l'inventaire des services et de leur fonctionnement les fins de semaine. Cela demande également l'identification des

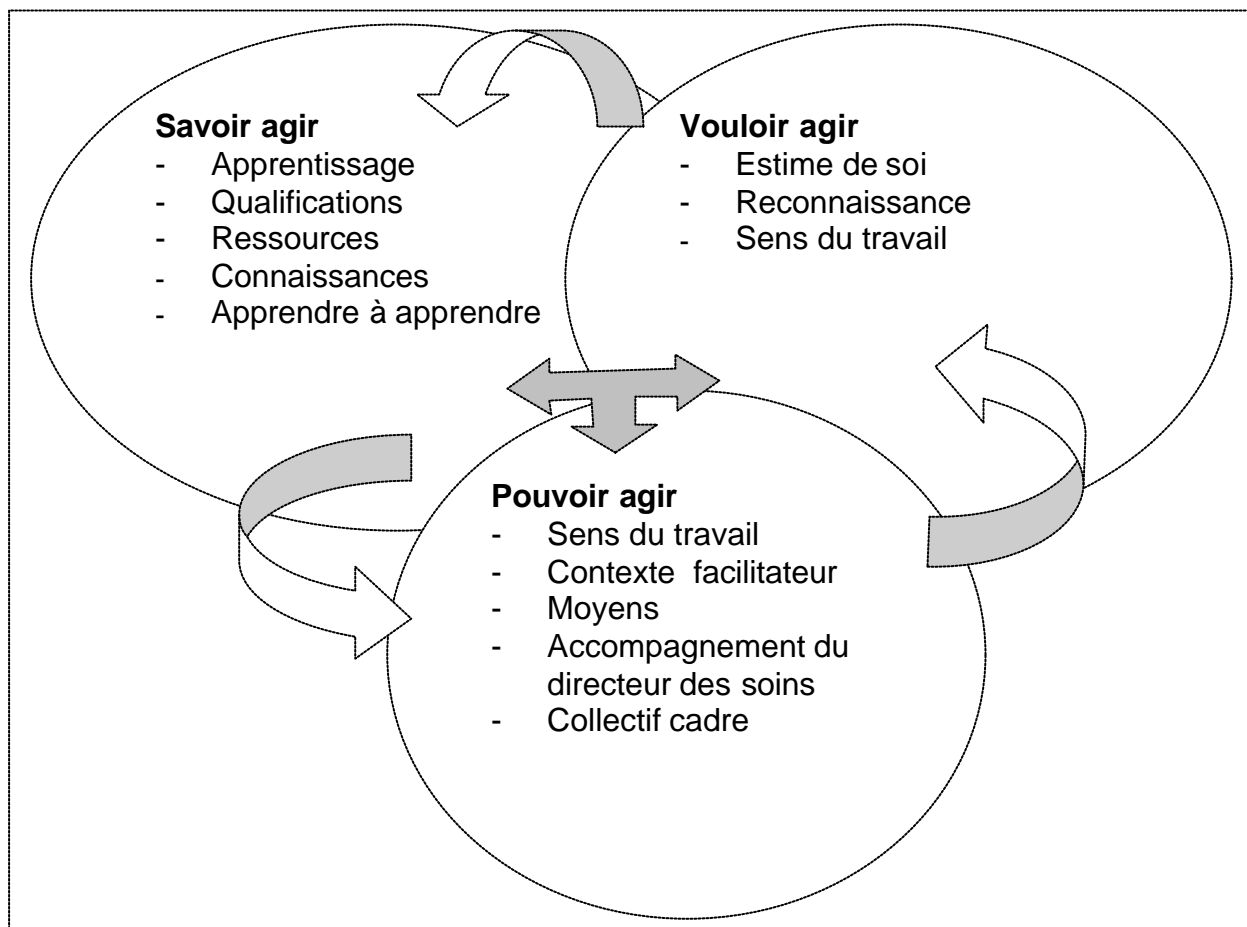
différentes catégories de cadres qui seront concernés par la permanence. Cette identification ne se résume pas aux intitulés métiers ou grades. Elle demande un minimum de connaissance des biographies professionnelles des différents cadres. La rencontre des médecins et des cadres responsables de service permet de travailler sur l'inventaire des fonctionnements de services le week-end. Des entretiens formels et personnalisés avec tous les futurs participants au système de permanence permet de recueillir les expériences professionnelles de chaque cadre. Ce travail peut être réalisé à l'occasion des évaluations. Sachant qu'au moment de définir les objectifs pour l'année à venir l'engagement dans la mise en place de la permanence doit être évoqué.

L'étape suivante consiste en une description fine de quelques situations de travail rencontrées par les cadres lors de ces permanences. Dans l'exemple choisi, la difficulté est celle de la nouveauté du système et donc du manque de situations de référence. Il y a deux moyens de résoudre le problème. La première consiste à travailler sur les situations vécues par les administrateurs de garde ou les quelques cadres qui assurent une présence dans leur unités le week-end. La seconde réside dans l'exploitation des premières permanences. La première solution a pour avantage d'inscrire la permanence des cadres dans un système plus vaste de présence de l'ensemble de la filière management. Cela permet de favoriser l'appartenance de tous les cadres à cette filière et ainsi de construire sa cohérence. La seconde a pour intérêt de matérialiser la réflexivité de la démarche de construction du référentiel. Le référentiel n'est ni pré-construit, ni définitivement établi, il est susceptible d'évoluer en fonction de l'environnement. Il semble qu'un métissage des deux solutions soit souhaitable. Les situations de travail étant choisies, il faut organiser des travaux de groupe au cours desquels une ou plusieurs situations de travail sont verbalisées. Animés par une personne formée à l'entretien d'explicitation, ces groupes sont composés de cadres des différentes filières métier. Des « secrétaires » de séances sont chargés de prendre des notes et de préparer une synthèse des débats. Après chaque évocation d'une situation de travail, un échange avec les participants permet une analyse des pratiques et la mise en exergue des savoirs et capacités professionnelles exigées par la situation exposée.

La phase suivante est celle du choix des références, de leur organisation et de l'écriture du document. Le tri des références doit être fait en fonction des finalités de la permanence des cadres. Dans l'exemple choisi, si a priori, les compétences liées à l'analyse des situations, la prise de décision, la communication et la gestion des situations de crise paraissent prioritaires, il reste à les hiérarchiser et les inscrire dans le contexte. En effet, leur mise en œuvre n'est sûrement pas la même en période d'épidémies hivernales, de congés ou à l'occasion d'une crise de santé publique.

La rédaction du document reste à l'appréciation des participants à la démarche. Elle doit cependant permettre la compréhension du texte par tous les acteurs concernés et l'accessibilité de l'écrit. Nous considérons que, quelque soit l'écriture choisie, des données concernant le savoir, le vouloir, et le pouvoir agir sont à présenter et à mettre en lien.

Schématiser un référentiel de compétences : quelques éléments nécessaires.



CONCLUSION

La formalisation du travail des cadres de santé, c'est-à-dire sa mise « en formule » – au sens d'édicter ses règles et les organiser – participe à la reconnaissance de la valeur ajoutée de l'encadrement. Le titre IV de la fonction publique hospitalière fournit une base et des repères à cette formalisation, mais ils ne suffisent pas. Il est nécessaire que les dirigeants de l'hôpital, et particulièrement les directeurs des soins s'engagent de manière volontariste dans la production de référentiels professionnels pour les cadres de santé.

Ce travail de recherche avait pour objectifs de connaître le type de référentiel dont le directeur des soins a besoin. Mais également de comprendre et d'expliquer l'usage qu'il peut en faire.

Les réponses fournies par les personnes sollicitées montrent que le travail des cadres de l'hôpital s'inscrit dans une logique de professionnalisation. Ce processus qui prend appui dans le modèle métier nécessite de faire émerger et de formaliser les compétences cadre utiles à l'atteinte des objectifs fixés.

Ce travail d'émergence et de formalisation demande une démarche volontariste d'analyse des situations de travail des cadres de santé. Conduite à l'échelle de chaque établissement de santé cette démarche appelle la participation active de tous les acteurs concernés et particulièrement les cadres de santé. Elle doit être pilotée par le directeur des soins – responsable hiérarchique des cadres de santé – en partenariat avec la direction des ressources humaines et les responsables des secteurs médicaux. Cette démarche s'inscrit dans une logique contractuelle passant par l'évaluation de la « performance » des cadres, de l'engagement d'accompagnement du directeur des soins et des référentiels professionnels produits.

Cette étude montre que les référentiels à construire au niveau des établissements sont des référentiels de compétences. Cela répond au besoin de professionnalisation du métier de cadre. De plus cela permet de respecter les caractéristiques des compétences qui – par définition contextualisées – doivent être articulées entre elles, ainsi qu'avec les contraintes de l'environnement. Il y a ainsi réponse à la complexification du monde hospitalier.

Les différentes populations de personnes interrogées expriment une vision cohérente sur les compétences prioritaires du cadre. Elles confirment la nécessité d'une

professionnalisation – *Savoir s'engager professionnellement* – et de la maîtrise de l'analyse des situations de travail – *Savoir agir avec pertinence* -.

Au terme de ce travail nous souhaitons affirmer son caractère prospectif en évoquant ses prolongements possibles et l'incidence de l'évolution du contexte hospitalier et des pratiques managériales sur ses conclusions.

Il a déjà été signalé qu'un élargissement de l'étude auprès des D.R.H et du corps médical est indispensable. L'avènement du plan Hôpital 2007 et de l'organisation en pôles des établissements de santé renforcent cette nécessité. En effet la place des cadres de santé – particulièrement des cadres supérieurs -, ainsi que les compétences cadre vont être transformées. A la « tête » des pôles le partenariat médecins / cadres de santé va être accru. Le champ de responsabilités des cadres va être agrandi.

Du point de vue des pratiques managériales, la multiplication des démarches d'élaboration de référentiels compétences doit amener le directeur des soins à développer son activité de « benchmarking »⁸⁴. Partager les expériences et « *piller honteusement* »⁸⁵ le travail fait par d'autres permet de gagner du temps, de métisser les pratiques et de développer l'émulation.

Par ailleurs l'utilisation de référentiels compétences est nécessaire pour s'engager dans la construction et l'utilisation de nouveaux outils de management tels que les tableaux de bords prospectifs.⁸⁶

⁸⁴ Le benchmarking est la démarche permanente de recherche, d'évaluation des produits et pratiques les meilleures et la mise en oeuvre d'approches similaires visant à optimiser la performance de l'entreprise.

De façon simplifiée c'est la recherche, l'échange et l'utilisation des Bonnes Pratiques.

⁸⁵ Verbatim extrait des entretiens exploratoires.

⁸⁶ **NOBRE.T.** *Le tableau de bord prospectif: un outil de gestion pour l'hôpital ?* Gestions Hospitalières, mars 2002, n°413, pp. 171-179.

Glossaire

Contrat : C'est un accord de volontés destiné à créer des rapports obligatoires entre les deux parties, c'est un engagement réciproque enregistré par les signatures des contractants. Dans le champ du management, il n'a aucune valeur juridique mais il peut revêtir une valeur symbolique forte.

Compétence : Capacité reconnue en telle ou telle matière, et qui donne le droit à en juger.

Emploi : Occupation confiée à une personne. Situation de travail correspondant à un ou plusieurs postes de travail dans une structure (la notion d'emploi englobe celle de poste).

Fonction : Activité professionnelle, exercice d'une charge, d'un emploi. Il s'agit de la raison d'être d'une situation de travail, qui situe souvent son niveau de responsabilités et sa place dans l'organisation.

Formalisation : Le terme de formalisation est employé couramment comme l'action de mettre en forme. C'est aussi dans un raisonnement déductif, poser explicitement les règles selon lesquelles on raisonne.

Mission : Charge donnée à quelqu'un d'accomplir une tâche définie. Elle désigne les finalités d'un service, d'une unité ou encore d'une situation de travail.

Référentiel : Ensemble d'éléments formant un système de références, ensemble des éléments liés à ce système

Référentiel d'activités : Ensemble des activités formant un système cohérent d'activités.

Référentiel de compétences : Ensemble des compétences spécifiques formant un système de compétences nécessaires à la réalisation d'un ensemble d'activités cohérentes.

Référentiel de formation : Ensemble de connaissances et de savoir-faire spécifique formant un système d'éducation et/ou de formation permettant l'acquisition de compétences particulières à l'exercice d'un ensemble cohérent d'activités ou d'un métier.

Référentiel métier : Ensemble des activités spécifiques liées à l'exercice d'un métier particulier.

Référentiel professionnel : Intitulé générique regroupant les référentiels à usage professionnel c'est-à-dire les référentiels d'activités, métiers et de compétences.

Référentialisation : Processus d'élaboration d'un référent. Il consiste à repérer un contexte et à construire, en le fondant sur des données, un système de références relatif à un objet ou à une situation.

Système : Ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but.

Tâches : Elles correspondent aux opérations élémentaires à effectuer pour réaliser une activité donnée.

Usage : Action, fait de se servir de quelque chose. Mais aussi fonction, emploi que l'on peut faire de quelque chose.

Nota-bene : Ce glossaire a été réalisé à l'aide de :

1. **Larousse**, *Grand dictionnaire de la langue française*. Librairie Larousse. Paris; 1985.
2. **BATAL.C.** *La gestion des ressources humaines dans le secteur public : L'analyse des métiers, des emplois et des compétences*. Paris : Les éditions d'Organisation, 1997. 253 p.

Bibliographie

Ouvrages

1. **BARDIN.L.** *L'analyse de contenu*. 10^{ème} éd. Paris : P.U.F, 2001. 288 p. (Le psychologue)
2. **BATAL.C.** *La gestion des ressources humaines dans le secteur public : L'analyse des métiers, des emplois et des compétences*. Paris : Les éditions d'Organisation, 1997. 253 p.
3. **BLANCHET.A et Coll.** *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales*. 2^{ème} éd. Paris : Edition Dunod, 1992. 197 p.
4. **BOLTANSKI.L.** *Les cadres : la formation d'un groupe social*. Paris : Ed de minuit, 1982, 503 p.
5. **DE KETELE.JM, ROEGIERS.X.** *Méthodologie du recueil d'informations*, 3^{ème} éd. Bruxelles : De Boeck Université. 1996. 296 p.
6. **DE SINGLY.F.** *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, Paris : Ed. Nathan université, 1992. 128 p.
7. **FIGARI.G.** *Evaluer : quel référentiel ?* 2^{ème} éd. Bruxelles : De Boeck Université, 1995. 183 p.
8. **JOBERT.G.** *L'intelligence au travail*, In : CARRE.P et CASPAR.P, *Traité des sciences et méthodes de la formation*, Paris, Edition Dunod, 2000, pp. 205-221.
9. **LE BOTERF.G.** *Développer la compétence des professionnels*. 4^{ème} éd. Paris : Editions d'Organisation, 2002. 287 p.
10. **LE BOTERF.G.** *Construire les compétences individuelles et collectives*. 3^{ème} éd. Paris : Editions d'Organisation, 2004. 244 p.
11. **MORIN.E, LE MOIGNE.J-L.** *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. Lille : Editions ASPEPS, 1997. 85 p.
12. **PERRENOUD.P.** *Pédagogie différenciée : des intentions à l'action*. Paris. ESF : éditeur, 1997. 194 p.
13. **VERMERSCH.P.** *L'entretien d'explicitation*, Paris, ESF. éditeur, 1994, 182 p.
14. **ZARIFIAN.Ph.** *Le modèle de la compétence*. Paris : Editions Liaisons, 2001. 114 p.

Articles

15. **ACKER.F.** *Cadre, quelle fonction ?* Soins Cadres, n°35, 3^{ème} trimestre 2000, pp. 13.
16. **A.N.C.I.M.** *Normes de compétences des cadres infirmiers et médico-techniques.* Soins - Encadrement - Formation, 1^{er} trimestre 1999, n°29, pp. 39-41.
17. **ARDOINO. J.** *Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant,* in : J. Ardoino et G. Mialaret, *Les nouvelles formes de la recherche en éducation,* Andsha, Paris, 1990, pp. 22-34.
18. **CADET.D.** *Comment peut-on être cadre en l'an 2000 ?* Soins Cadres, n°35, 3^{ème} trimestre 2000, pp. 41-42.
19. **DE BORT.C, FOURNANS.S.** *Le malaise des cadres hospitaliers.* Revue hospitalière de France, janvier – février 2003, n°490, pp. 53-56.
20. **DREVET.G.** *Cadres de proximité, des compétences à optimiser.* Soins Cadres, n°41, février 2002, pp 54-59.
21. **GAURIER.Ph et al.** *Cadre supérieur hospitalier, métier et position.* Soins Cadres, n°35, 3^{ème} trimestre 2000. pp 21-24.
22. **HART.J.** *Le sens de l'encadrement.* Soins Cadres, n°35, 3^{ème} trimestre 2000, pp. 29-33.
23. **JARDIN.E.** *La métamorphose des cadres.* Sciences Humaines, avril 2004, n°148, pp. 14-18.
24. **JOBERT.G.** *De la qualification à la compétence.* Sciences Humaines, hors-série n° 40 mars-avril-mai 2003, pp. 36-37.
25. **LACHENAYE-LLANAS.C, JOUFFRE.B.** *La gestion par les compétences : Un outil du projet...et du progrès social.* Gestions Hospitalières, février 1998, n° 373, pp.113-116.
26. **MARTIN-KLEINERMANN.S.I.** *Enquête sur le cadre infirmier.* Soins formation – Pédagogie – Encadrement, n° 13, 1^{er} trimestre 1995, pp. 61-69.
27. **MINVIELLE.E.** *Gérer la singularité à grande échelle.* Revue Française de gestion, juin-juillet-août 1996, n° 109, pp. 114-124.
28. **MUCCHIELLI.A** *Nouveau point sur les défaillances permanentes en management des cadres infirmiers.* Gestions hospitalières, n° 367, 1997, pp. 439-442.
29. **NOBRE.T.** *Le tableau de bord prospectif : un outil de gestion pour l'hôpital ?* Gestions Hospitalières, mars 2002, n°413, pp. 171-179.
30. **PASTRE.P.** *Les compétences professionnelles et leur développement.* Revue de la Cfdt, mars 2001, n°39, pp. 3-10.
31. **ROUSSEL.E.** *Comment le cadre organise son temps ?* In : Acta 2003 des Journées Nationales de la Kinésithérapie Salariée, avril 2003, pp. 21-29.
32. **TODOROV.T.** *Sous le regard des autres.* Sciences Humaines, octobre 2002, n°131, pp. 22-27.

33. **VIAL.M.** *Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ?* (première partie). Soins cadres, n°37, janvier-mars 2001, pp 65-66.
34. **VIAL.M.** *Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ?* (seconde partie). Soins cadres, n°38, mai 2001, pp 64-65.

Rapports

35. **A.N.A.E.S. Direction de l'accréditation.** *Guide pour l'auto-diagnostic de la qualité du management en établissement de santé* (Version expérimentale), janvier 2004, 41 p.
36. **C.N.A.M.** *Enquête de psychodynamique du travail auprès des cadres infirmiers et cadres supérieurs infirmiers de l'AP-HP.* 1998, 53 p.
37. **D.R.A.S.S. des Pays de Loire.** *Le métier de cadre de santé.* In Echo des Stat, janvier 2004, 4 p.
38. **E.N.S.P.** *Une méthode d'élaboration d'un référentiel de compétences. Un exemple : le référentiel de compétences des directeurs d'écoles paramédicales.* Janvier 2002. 144 p.
39. **I.F.C.S. DE L'AP-HP.** *Une équipe à la recherche d'un niveau supérieur dans la qualité de la formation.* Rapport d'étude. Juin 2002, 81 p.
40. **I.F.C.S. LYON-BRON.** *Projet pédagogique 2003/2004,* 42 p.
41. **MATILLON.Y.** *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé.* Rapport de mission. Août 2003. 94 p.

Textes réglementaires

42. **REPUBLIQUE FRANCAISE,** 2002. - Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française,* 23 avril 2002, page 7187.
43. **REPUBLIQUE FRANCAISE,** 2002. - Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française,* 1^{er} janvier 2002, page 38.
44. **REPUBLIQUE FRANCAISE,** 1995. - Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. *Journal officiel de la République Française,* 20 août 1995, page 129.

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire formalisation du travail des cadres.

Annexe II : Identification des répondants.

Annexe III : Tableaux (1 à 4) de tris à plat.

Annexe IV : Tableaux (5 à 8) de tris croisés.

Formalisation du travail des cadres de santé

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire et le retourner **avant le 9 avril 2004** à
Mr Eric ROUSSEL, (enveloppe jointe)

*Si vous souhaitez obtenir les résultats de l'enquête,
Notez votre adresse au dos du formulaire*

1. Pour vous être cadre de santé c'est :

- Appartenir à une hiérarchie de travail
- Disposer d'une fiche de poste
- Pouvoir décider
- Avoir réalisé un apprentissage sanctionné par des pairs
- Faire la preuve de capacités managériales
- Analyser ses situations de travail
- Pouvoir travailler dans tout établissement de santé
- Répondre à une demande prescrite
- Assumer la responsabilité de ses décisions

Ordonnez les réponses de 1 à 4. (Réponses simultanées possibles : 4)

2. Pour vous travailler comme cadre de santé c'est :

- Savoir agir avec pertinence
- Savoir mobiliser ses connaissances dans un contexte déterminé
- Savoir combiner des connaissances actualisées avec ses expériences
- Savoir apprendre
- Savoir s'engager professionnellement
- Savoir transférer ses acquis

Ordonnez les réponses de 1 à 3. (Réponses simultanées possibles : 3)

3. Pour connaître et évaluer le travail du cadre de santé il faut :

- Se référer à un document institutionnel
- Elaborer un document de référence
- Disposer de normes généralisables
- Tenir compte de la situation de travail du cadre
- Définir des objectifs précis
- Choisir des normes de travail
- Procéder sans référence écrite

Ordonnez les réponses de 1 à 3. (Réponses simultanées possibles : 3)

4. Pour formaliser le travail du cadre de santé il faut :

- Etablir un contrat avec le cadre
- Commencer par définir les finalités du travail du cadre
- Partir des situations de travail réel du cadre
- Actualiser régulièrement les références dont on dispose
- Faire participer les cadres à la formalisation
- Connaître le projet professionnel des cadres

Ordonnez les réponses de 1 à 6.

5. Ces quelques lignes sont à votre disposition si vous souhaitez faire un commentaire au sujet du travail du cadre de santé.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

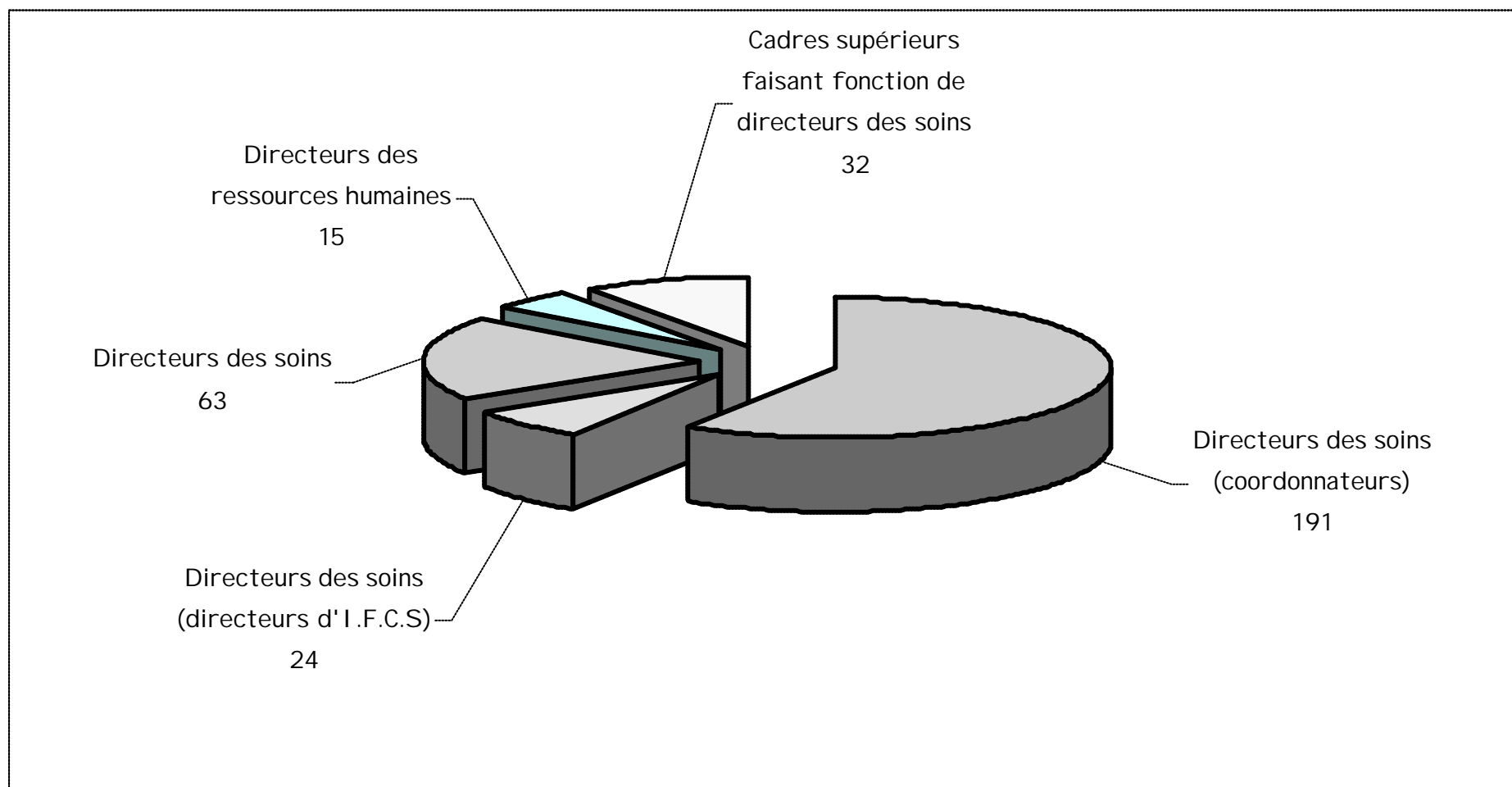
6. Vous êtes :

- Directeur des soins (coordonnateur)
- Directeur des soins exerçant une fonction de directeur d'I.F.C.S
- Directeur des soins
- Directeur des ressources humaines
- Cadre supérieur faisant fonction de directeur des soins

Merci

ANNEXE II

Identification des répondants



ANNEXE III

Tableau 1 :
Réponses à la question 1 : type de référentiel

	Effectifs (Rang 1)	%	Effectifs (Rang 2)	%	Effectifs (Rang 3)	%	Effectifs (Rang 4)	%	Effectifs (Global)	%	Rang moyen
- <i>Non réponse</i>	8		8		9		13		8		
- <i>Appartenir à une hiérarchie de travail</i>	20	6,3	9	2,8	20	6,3	47	15,0	96	7,6	2,97
- <i>Disposer d'une fiche de poste</i>	7	2,2	13	4,1	12	3,7	21	6,7	53	4,1	2,88
- <i>Pouvoir décider</i>	13	4,1	11	3,4	14	4,4	42	13,4	80	6,3	3,06
- <i>Avoir réalisé un apprentissage sanctionné par des pairs</i>	20	6,3	12	3,7	23	7,2	31	9,9	86	6,8	2,75
- <i>Faire la preuve de capacités managériales</i>	154	48,5	66	20,8	55	17,4	19	6,0	294	23,2	1,79
- <i>Analyser ses situations de travail</i>	28	8,8	89	28,0	74	23,4	42	13,4	233	18,4	2,55
- <i>Pouvoir travailler dans tout établissement de santé</i>	7	2,2	12	3,7	31	9,8	64	20,5	114	9,0	3,33
- <i>Répondre à une demande prescrite</i>	1	0,3	4	1,2	4	1,2	10	3,2	19	1,5	3,21
- <i>Assumer la responsabilité de ses décisions</i>	67	21,1	101	31,8	83	26,2	36	11,5	287	22,7	2,30
- <i>Total/ réponses</i>	317		317		316		312		1262		

- Le tableau donne les effectifs pour chaque rang et pour l'ensemble
- Le rang moyen est calculé pour chaque modalité sur l'ensemble des réponses
- Les pourcentages sont calculés sur la base des réponses

ANNEXE III

Tableau 2 :
Réponses à la question 2. : les compétences du cadre.

	Effectifs (Rang 1)	%	Effectifs (Rang 2)	%	Effectifs (Rang 3)	%	Effectifs (Global)	%	Rang moyen
- <i>Non réponse</i>	9		10		12		9		
- <i>Savoir agir avec pertinence</i>	102	32,2	79	25,0	59	18,8	240	25,4	1,82
- <i>Savoir mobiliser ses connaissances dans un contexte déterminé</i>	39	12,3	47	14,9	40	12,7	126	13,3	2,00
- <i>Savoir combiner des connaissances actualisées avec ses expériences</i>	58	18,3	70	22,2	61	19,4	189	20,0	2,01
- <i>Savoir apprendre</i>	4	1,2	10	3,1	26	8,3	40	4,2	2,55
- <i>Savoir s'engager professionnellement</i>	100	31,6	81	25,7	72	23,0	253	26,8	1,88
- <i>Savoir transférer ses acquis</i>	13	4,1	28	8,8	55	17,5	96	10,1	2,43
- <i>Total/ réponses</i>	316		315		313		944		

- Le tableau donne les effectifs pour chaque rang et pour l'ensemble
- Le rang moyen est calculé pour chaque modalité sur l'ensemble des réponses
- Les pourcentages sont calculés sur la base des réponses

ANNEXE III

Tableau 3 :
Réponses à la question 3. : référentiel produit ou référentialisation.

	Effectifs (Rang 1)	%	Effectifs (Rang 2)	%	Effectifs (Rang 3)	%	Effectifs (Global)	%	Rang moyen
- <i>Non réponse</i>	8		12		19		8		
- <i>Se référer à un document institutionnel</i>	39	12,3	40	12,7	35	11,4	114	12,1	1,96
- <i>Elaborer un document de référence</i>	85	26,8	65	20,7	51	16,6	201	21,4	1,83
- <i>Disposer de normes généralisables</i>	19	5,9	17	5,4	21	6,8	57	6,0	2,03
- <i>Tenir compte de la situation de travail du cadre</i>	34	10,7	68	21,7	136	44,4	238	25,4	2,42
- <i>Définir des objectifs précis</i>	135	42,5	111	35,4	46	15,0	292	31,1	1,69
- <i>Choisir en concertation des normes de travail</i>	5	1,5	12	3,8	16	5,2	33	3,5	2,33
- <i>Procéder sans référence écrite</i>	0		0		1	0,3	1	0,1	3,00
- <i>Total/ réponses</i>	317		313		306		936		

- Le tableau donne les effectifs pour chaque rang et pour l'ensemble
- Le rang moyen est calculé pour chaque modalité sur l'ensemble des réponses
- Les pourcentages sont calculés sur la base des réponses

ANNEXE III

Tableau 4 :
Réponses à la question 4. : modalités de la référentialisation

	Effectifs (Rang 1)	%	Effectifs (Rang 2)	%	Effectifs (Rang 3)	%	Effectifs (Rang 4)	%	Effectifs (Rang 5)	%	Effectifs (Rang 6)	%	Effectifs (Global)	%	Rang moyen
- <i>Non réponse</i>	9		10		14		42		49		54		9		
- <i>Etablir un contrat avec le cadre</i>	57	18,0	48	15,2	47	15,1	49	17,3	55	19,9	45	16,6	301	16,9	3,43
- <i>Commencer par définir les finalités du travail du cadre</i>	160	50,6	59	18,7	18	5,7	25	8,8	21	7,6	13	4,7	296	16,7	2,07
- <i>Partir des situations de travail réel du cadre</i>	25	7,9	53	16,8	69	22,1	64	22,6	42	15,2	39	14,3	292	16,4	3,55
- <i>Actualiser régulièrement les références dont on dispose</i>	11	3,4	28	8,8	34	10,9	38	13,4	61	22,1	118	43,5	290	16,3	4,60
- <i>Faire participer les cadres à la formalisation</i>	32	10,1	92	29,2	93	29,9	49	17,3	25	9,0	9	3,3	300	16,9	2,90
- <i>Connaître le projet professionnel des cadres</i>	31	9,8	35	11,1	50	16,0	58	20,4	72	26,0	47	17,3	293	16,5	3,83
- <i>Total/ réponses</i>	316		315		311		283		276		271		1772		

- Le tableau donne les effectifs pour chaque rang et pour l'ensemble
- Le rang moyen est calculé pour chaque modalité sur l'ensemble des réponses
- Les pourcentages sont calculés sur la base des réponses

ANNEXE IV

Tableau 5 :
Quest. 1. Type de référentiel / Quest. 6. Identification

	Appartenir à une hiérarchie de travail	Disposer d'une fiche de poste	Pouvoir décider	Avoir réalisé un apprentissage sanctionné par des pairs	Faire la preuve de capacités managériales	Analyser ses situations de travail	Pouvoir travailler dans tout établis ^t de santé	Répondre à une demande prescrite	Assumer la responsabilité de ses décisions	Total
- <i>Directeur des soins (coordonnateur)</i>	7,4%	4,1%	5,7%	7,6%	23,4%	18,5%	8,4%	1,9%	23,1%	100%
- <i>Directeur des soins exerçant une fonction de directeur d'IFCS</i>	6,8%	1,1%	10,2%	6,8%	25,0%	17,0%	9,1%		23,9%	100%
- <i>Directeur des soins</i>	9,3%	4,0%	6,0%	7,3%	22,6%	17,3%	9,7%	1,6%	22,2%	100%
- <i>Directeur des ressources humaines</i>	3,4%	5,2%	15,5%		20,7%	24,1%	10,3%		20,7%	100%
- <i>Cadre supérieur faisant fonction de directeur des soins</i>	7,8%	7,0%	3,9%	4,7%	24,2%	18,8%	10,9%	,8%	21,9%	100%
- <i>Total</i>	7,6%	4,2%	6,3%	6,8%	23,3%	18,5%	9,0%	1,5%	22,7%	100%

Le tableau donne les pourcentages de réponses à chacune des modalités pour chaque population.

ANNEXE IV

Tableau 6 :
Quest. 2. Compétences du cadre / Quest. 6. Identification

	Savoir agir avec pertinence	Savoir mobiliser ses connaissances dans un contexte déterminé	Savoir combiner des connaissances actualisées avec ses expériences	Savoir apprendre	Savoir s'engager professionnellement	Savoir transférer ses acquis	Total
- <i>Directeur des soins (coordonnateur)</i> -	26,4%	13,9%	20,1%	4,5%	26,1%	8,9%	100%
- <i>Directeur des soins exerçant une fonction de directeur d'IFCS</i> -	22,7%	9,1%	18,2%	4,5%	28,8%	16,7%	100%
- <i>Directeur des soins</i> -	22,2%	15,7%	20,5%	3,8%	29,2%	8,6%	100%
- <i>Directeur des ressources humaines</i> -	24,4%	8,9%	13,3%	4,4%	31,1%	17,8%	100%
- <i>Cadre supérieur faisant fonction de directeur des soins</i> -	28,1%	10,4%	22,9%	3,1%	22,9%	12,5%	100%
- <i>Total</i> -	25,4%	13,3%	20,0%	4,2%	26,8%	10,2%	100%

Le tableau donne les pourcentages de réponses à chacune des modalités pour chaque population.

ANNEXE IV

Tableau 7 :
Quest. 3. Référentiel produit/référentialisation / Quest. 6. Identification

	Se référer à un document institutionnel	Elaborer un document de référence	Disposer de normes généralisables	Tenir compte de la situation de travail du cadre	Définir des objectifs précis	Choisir en concertation des normes de travail	Procéder sans référence écrite	Total
- <i>Directeur des soins (coordonnateur)</i> -	12,0%	22,3%	5,5%	25,2%	31,6%	3,3%	0,2%	100%
- <i>Directeur des soins exerçant une fonction de directeur d'IFCS</i> -	12,3%	20,0%	12,3%	27,7%	26,2%	1,5%		100%
- <i>Directeur des soins</i> -	14,1%	19,6%	6,0%	25,0%	31,5%	3,8%		100%
- <i>Directeur des ressources humaines</i> -	9,1%	29,5%	2,3%	27,3%	29,5%	2,3%		100%
- <i>Cadre supérieur faisant fonction de directeur des soins</i> -	10,5%	17,9%	7,4%	25,3%	32,6%	6,3%		100%
- <i>Total</i> -	12,2%	21,5%	6,1%	25,4%	31,2%	3,5%	0,1%	100%

Le tableau donne les pourcentages de réponses à chacune des modalités pour chaque population.

ANNEXE IV

Tableau 8 :
Quest. 4. Référentialisation / Quest. 6. Identification

	Etablir un contrat avec le cadre	Commencer par définir les finalités du travail du cadre	Partir des situations de travail réel du cadre	Actualiser régulièrement les références dont on dispose	Faire participer les cadres à la formalisation	Connaître le projet professionnel des cadres	Total
- <i>Directeur des soins (coordonnateur)</i> -	16,9%	16,6%	16,2%	16,3%	17,1%	16,7%	100%
- <i>Directeur des soins exerçant une fonction de directeur d'IFCS</i> -	16,1%	16,9%	16,1%	16,9%	16,9%	16,9%	100%
- <i>Directeur des soins</i> -	17,4%	16,3%	16,6%	16,6%	16,9%	16,3%	100%
- <i>Directeur des ressources humaines</i> -	18,1%	19,4%	19,4%	13,9%	15,3%	13,9%	100%
- <i>Cadre supérieur faisant fonction de directeur des soins</i> -	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	100%
- <i>Total</i> -	17,0%	16,7%	16,5%	16,4%	16,9%	16,5%	100%

Le tableau donne les pourcentages de réponses à chacune des modalités pour chaque population.