



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2004

**La gestion des compétences
comme levier stratégique
de performance
économique et sociale :
un enjeu
pour le directeur des soins**

Géraldine DREVET

Remerciements

Nos remerciements sont adressés à :

Monsieur POURRIERE et Madame LE HELLEY, responsables de la filière Directeurs des Soins, ENSP, promotion 2003-2004, pour leurs conseils et leurs encouragements lors de notre formation.

Mesdames et Messieurs les intervenants de l'ENSP, dont les enseignements ont permis la préparation à notre fonction de directeur des soins.

Mesdames et Messieurs les membres du jury, pour avoir accepté de participer à notre soutenance.

Mesdames et Messieurs les directeurs des soins qui ont contribué à l'élaboration de ce travail, de par la qualité des informations fournies lors des entretiens.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 COMPETENCE ET PERFORMANCE DANS LE CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL HOSPITALIER	5
1.1 La mission institutionnelle de l'hôpital	5
1.2 Le plan « Hôpital 2007 »	5
1.2.1 Les objectifs du plan	5
1.2.2 La réforme de la gouvernance hospitalière	7
1.3 La nécessité d'une offre de soins performante	8
1.3.1 Performance des soins ... Performance de l'hôpital	9
1.3.2 Performance de l'hôpital ... Performance des personnels.....	10
1.4 La compétence : levier de performance individuelle et collective ...	11
1.4.1 La compétence : un concept polysémique	11
1.4.2 Une pluricompétence circonscrite : la polyvalence	17
1.4.3 Un exercice de compétences ciblées : l'expertise	20
2 ETUDE TERRAIN	23
2.1 La méthodologie d'exploration	23
2.1.1 L'entretien individuel	23
2.1.2 Le « questionnaire » issu du guide d'entretien	24
2.1.3 Les terrains d'enquête	24
2.2 Le diagnostic	26
2.2.1 Stratégie	26
2.2.2 Management	28
2.2.3 Organisation et gestion du temps	32
2.2.4 Communication-Coordination-Concertation	34
2.2.5 Formation	35
2.3 L'analyse globale des données	36
3 PRECONISATIONS	39
3.1 Professionnaliser le management du système de soins et des relations humaines	39
3.1.1 Intégration de la trilogie "contenu-processus-sens"	39
3.1.2 Le développement de l'intelligence collective	41

3.2	Professionaliser le management des cadres soignants	43
3.2.1	Le management des compétences : une logique de progrès	43
3.2.2	Le management des compétences : une logique contractuelle	44
3.2.3	Le management des compétences : une logique d'outils d'aide à la décision	45
3.3	Professionaliser le management des pratiques de formation professionnelle continue	53
3.3.1	La formation comme levier de performance.....	53
3.3.2	La promotion de l'investissement formation.....	54
3.3.3	La mise en assurance qualité du processus formation.....	55
CONCLUSION		57
Bibliographie		59
Table des figures		62
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

AFNOR	Agence française de normalisation
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ASD	Aide-soignant diplômé d'Etat
ASH	Agent de service hospitalier
CEREQ	Centre d'études et de recherches sur les qualifications
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CTE	Conseil technique d'établissement
DRH	Directeur des ressources humaines
DS	Directeur des Soins
DU	Diplôme d'université
GCS	Groupement de coordination sanitaire
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRH	Gestion des ressources humaines
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
MAIN	Mission nationale d'appui à l'investissement
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'informations
RTT	Réduction du temps de travail
SICS	Service infirmier de compensation et de suppléance
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	Tarifification à l'activité

INTRODUCTION

L'ensemble des organisations qu'elles soient des entreprises industrielles, des sociétés de service, des administrations, connaissent une profonde obligation de changement et d'adaptation. Il en est ainsi pour l'hôpital. Ce dernier ne tient plus sa légitimité de par son existence légale, mais par la place qu'il se fait dans le système de santé en général, tant public que privé. L'évolution de sa clientèle, l'attente et l'exigence d'une prestation de soins de qualité optimale, l'incontournable adaptation des personnels aux innovations scientifiques et techniques, la maîtrise des dépenses de santé, imposent une nouvelle conception de la gestion hospitalière. Afin que l'offre de santé soit performante, de qualité et sécuritaire, l'activité de l'hôpital se renforce et s'élargit. Pour ce faire, il est nécessaire de faire évoluer le contenu des emplois hospitaliers et de développer conjointement les compétences requises. Le plan Hôpital 2007¹ vise d'ailleurs à « redonner ambition et espoir aux médecins hospitaliers et l'ensemble des personnels soignants et non soignants, en modernisant les modalités de fonctionnement ».

CONSTAT

La compétence et l'implication des personnels hospitaliers devraient constituer le noyau dur de l'efficacité de l'hôpital, donc de sa performance. Mais qu'en est-il réellement ? La compétence est-elle utilisée comme une ressource ? Au regard de notre expérience professionnelle, des difficultés et/ou contraintes en matière de gestion des ressources humaines sont repérables dans différents domaines :

- **Stratégie et Organisation**

La GRH se situe au cœur d'une politique institutionnelle déterminée par la récurrence des contraintes économiques et financières. Par ailleurs, la logique de service prévaut encore souvent sur la logique institutionnelle, ce qui freine le développement de la compétence collective.

- **Management**

Les pratiques des cadres de proximité sont hétérogènes et empiriques, basées sur les spécificités locales, sans réelle mutualisation transversale. La mise en cohérence de la gestion de l'activité et de la gestion des hommes demeure un point de fragilité. En effet, les cadres sont surchargés, débordés et privilégient, de ce fait, la « navigation à vue » plutôt

¹ Cf Ordonnance n° 2003-850 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que les procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

qu'une « navigation aux instruments ». L'insuffisance, ou la non utilisation, d'outils de pilotage et de gestion des compétences présente un risque d'insatisfaction des personnels en quête de reconnaissance et d'équité. Les actions sont fréquemment centrées sur l'obtention immédiate d'un résultat, sans projection à moyen, voire long terme.

- **Communication / Coordination / Concertation**

Le sentiment d'une communication verticale tronquée perdure, ce qui ne facilite pas la communication latérale inter-services. Une culture hospitalière institutionnelle pas toujours partagée freine le développement d'un capital compétences au service de la meilleure prestation de soins possible.

- **Formation**

La formation continue semble inégalement accessible selon la taille des établissements hospitaliers, encore partiellement un facteur de paix sociale, et parfois une finalité à part entière ! Dans ce cas, elle ne contribue pas ou peu à combler les écarts en termes de compétences individuelles et collectives. La compétence n'est pas toujours perçue comme un levier de mobilisation et d'action collective.

QUESTION DE DEPART

Au regard de ce constat, et afin de mener à bien ce travail, il est intéressant de se poser la question suivante :

En quoi le directeur des soins peut-il donner du sens et de la cohérence aux pratiques de management des compétences, encore empiriques et hétérogènes, dans un objectif de performance socio-économique ?

HYPOTHESES

Dans le contexte actuel d'obligation de soins optimaux et de maîtrise des dépenses de santé, le Directeur des Soins, de par son rôle de dirigeant, représente un acteur-clé de la performance économique et sociale de l'hôpital, d'où les hypothèses suivantes :

- **Hypothèses² de nature explicative :**

H1 : Le sens à donner aux actions manque souvent ce qui freine l'implication et la responsabilisation des personnels.

H2 : Une gestion des ressources humaines "non pilotée" ne facilite pas l'expression et la mobilisation des compétences.

² Les hypothèses sont représentées par le sigle H et sont numérotées

H3 : La formation demeure sous-utilisée pour pallier les écarts entre compétences requises et compétences effectives.

▪ **Hypothèses de nature prescriptive :**

H4 : Un management des ressources humaines, porteur de sens, crée des conditions d'adhésion, de partage et de co-responsabilité, sources de cohérence et de performance.

H5 : Une gestion des ressources humaines, s'appuyant sur des outils de pilotage, favorise le développement des compétences individuelles et collectives, au service d'une prestation de soins de qualité.

Tout directeur des soins, quelle que soit sa filière, doit assumer un rôle de dirigeant. A ce titre, la gestion des compétences constitue un axe central de son action.. Il existe encore des freins culturels aux concepts et méthodes relatives au management des Ressources Humaines, tout du moins dans le discours.

C'est pourquoi un travail, à l'attention du directeur des soins, sur la gestion des compétences comme levier de performance globale constitue un moyen de se positionner en tant que dirigeant à l'issue de la formation à l'ENSP. **Ce positionnement dépendra principalement de la capacité du directeur des soins à travailler en collaboration, et en complémentarité, avec l'ensemble des membres de l'équipe de direction et les médecins des services. La qualité de cette relation tripartite constitue un des facteurs de réussite d'une gestion efficiente au service de la clientèle hospitalière.** Les équipes soignantes participeront d'autant mieux aux projets d'évolution, qu'elles seront « portées » par une équipe dirigeante administrative, médicale et soignante, solidaire et volontariste.

Afin de traiter ce sujet, relatif à la gestion des compétences comme levier de performance économique et sociale, nous traiterons, tout d'abord, du contexte environnemental hospitalier, et apporterons un éclairage conceptuel sur les notions de compétence et performance. Dans un second temps, les entretiens réalisés auprès des directeurs des soins feront l'objet d'une restitution thématique et d'une analyse explicative. Des préconisations seront, par ailleurs, proposées au regard des problématiques mises en exergue.

1 COMPÉTENCE ET PERFORMANCE DANS LE CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL HOSPITALIER

1.1 La mission institutionnelle de l'hôpital

Les établissements assurant le service public ont le devoir d(e) :

- **assurer la continuité des soins** 24 heures sur 24, sans interruption aucune
- **respecter l'égalité des usagers** par l'absence de discrimination entre les malades.

Les établissements hospitaliers sont ouverts à tous. Pour ce faire, ils comportent des unités d'hospitalisation, de même que des unités de consultations et de soins externes.

Une des caractéristiques actuelles est le clivage entre le secteur social et le secteur sanitaire. L'activité de l'hôpital se renforce et s'élargit. La demande de la clientèle s'est, en effet, transformée. L'offre de santé doit être performante, de qualité, sécuritaire. Le principe de l'obligation de résultat s'affirme. Pour répondre aux attentes de la clientèle hospitalière, le contenu des emplois a évolué et continue d'évoluer en termes de compétences exigées, et ce, dans un contexte institutionnel réglementé, qu'il est intéressant d'apprécier au travers des principales réformes, notamment à partir des années 1970.

Pour ce faire, nous avons réalisé une synthèse des réformes, antérieures à celle de Monsieur MATTEI, que nous présentons en annexe 1.

1.2 Le plan ³ « Hôpital 2007 »

Le plan dit "MATTEI" vise à redonner ambition et espoir aux médecins hospitaliers de même qu'à l'ensemble des personnels, en modernisant les modalités de fonctionnement de l'hôpital.

1.2.1 Les objectifs du plan

A) Alléger les contraintes extérieures aux établissements

L'hôpital détenant en lui les ressources nécessaires à son évolution et sa modernisation, il est proposé différents axes de travail, à savoir :

- **Faire confiance aux acteurs** du système hospitalier pour permettre l'initiative et la créativité nécessaires à l'accompagnement du changement.

³ Présentation de Monsieur MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Conseil des ministres, Jeudi 21 novembre 2002

- **Instaurer des mécanismes de financement incitatifs par le biais de la tarification à l'activité.** En s'appuyant sur le recueil de l'information du PMSI, le gouvernement souhaite une dynamisation des structures de soins, de par la plus grande responsabilisation des acteurs, une équité de traitement entre les secteurs, le développement des outils de pilotage médico-économiques.
- **Assouplir la planification** en déconcentrant régionalement les autorisations résiduelles de niveau national et en supprimant les notions d'indices de lits et d'équipements devenus obsolètes. Le projet consiste également à faire jouer un nouveau rôle au SROS au travers d'un dispositif central de pilotage sanitaire régional
- **Accompagner les évolutions et soutenir l'investissement hospitalier** par des apports financiers conséquents (6 milliards € sur 5 ans) qui relanceront les opérations d'investissements immobiliers, en équipements, et systèmes d'informations. Il s'agira, notamment, d'accélérer les décisions et les réalisations, et de soutenir techniquement les projets, en cohérence avec la politique des ARH. Cette dernière met en œuvre les actions au plan régional, par répartition des crédits entre les établissements qui la concernent, en lien avec les orientations générales et financières définies au plan national. Pour ce faire, elle peut se faire aider et conseiller par la Mission nationale d'Appui à l'Investissement (MAIN), constituée de professionnels et d'experts.
- **Promouvoir la transversalité entre la ville et l'hôpital, de même qu'entre le sanitaire et le médico-social** en simplifiant les outils de coopération à travers la notion réaménagée de groupement de coopération sanitaire. Le GCS peut désormais être constitué entre un ou plusieurs établissements de santé et des professionnels libéraux de santé. Il peut aussi être un cadre juridique ad hoc pour un réseau de santé. La collaboration entre CHU et CH constitue un enjeu majeur de la bonne coordination des activités hospitalières sur une région. Par ailleurs, le partage de plateaux techniques, d'équipements, de lits ou la mise en place de gardes communes contribueront à garantir la permanence des soins. En effet, des établissements de santé ne participant pas au service public hospitalier peuvent être admis au sein d'une communauté d'établissements de santé d'un secteur sanitaire.

B) Assouplir et moderniser le fonctionnement des hôpitaux publics

- **Desserrer le carcan des contraintes** en assouplissant les modalités de l'achat public de même que le régime budgétaire et comptable des établissements publics. Dans un premier temps, un alignement de la réglementation nationale sur la réglementation européenne devrait permettre aux établissements de trouver

quelques marges de manœuvre. Dans un second temps, des procédures d'achat modernisées et adaptées seront élaborées.

- **Repenser l'organisation interne et la gestion des hommes** en instaurant une culture de résultat et de qualité, de par la clarification des rôles et des responsabilités. Est privilégiée la voie de la contractualisation interne directe avec le Conseil d'administration, à l'échelon de pôles d'activité avec la mise en place d'un intéressement des structures internes et des personnels.

- **Moderniser la gestion interne des hôpitaux publics**

Le constat préoccupant du rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la Réduction du Temps de Travail appelle la mise en œuvre rapide d'un véritable « plan de sauvetage » de l'hôpital public, visant à rénover en profondeur sa gestion interne, afin de lui redonner la souplesse, la réactivité et l'efficacité qui lui font défaut et font souffrir l'ensemble des professionnels qui y travaillent.

1.2.2 La réforme de la gouvernance hospitalière⁴

- **Un conseil exécutif** est créé. Cette instance paritaire est présidée par le directeur. Il associe les praticiens désignés par la Commission Médicale d'Etablissement et l'équipe de direction. Il met en œuvre le projet d'établissement et le contrat d'objectifs.
- **Le conseil d'administration** est centré sur des fonctions renforcées en matière stratégique d'évaluation et de contrôle, notamment par sa capacité à mettre en place un comité d'audit ou de demander au directeur de mettre en œuvre un plan de redressement avec le conseil exécutif. Il adopte les orientations clés de l'établissement, comme le projet d'établissement, l'organisation interne de l'hôpital.
- **Le directeur d'établissement** voit sa compétence générale, réaffirmée.
- **La CME et le CTE** sont étroitement associés au fonctionnement de l'établissement par un élargissement de leurs compétences, notamment par la capacité d'alerte conférée en cas de constat d'une situation financière durablement dégradée.
- **La commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation** voit ses compétences également élargies. En effet, elle est dorénavant consultée sur la

⁴ « Les structures de la réforme », Actualités Décision Santé, n°201, Janvier 2004, P 16

politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles, tout comme la CME pour les praticiens.

- **Les pôles d'activité (références de gestion) et les services (références médicales)** forment l'organisation de base de l'hôpital. Pour la psychiatrie, le secteur pourra constituer un pôle. La nomination des chefs de service se fait sur une liste d'habilitation. Ils sont désignés par le directeur d'établissement et le président de la CME, et non plus par le ministère. Les responsables de pôles sont désignés localement par le président de la CME et le directeur, après avis de la CME et du conseil exécutif. Les membres des conseils de pôle seront élus.
- **Un comité de suivi** est mis en place avec les signataires de l'accord. Il élaborera les textes réglementaires et suivra les expérimentations de la nouvelle gouvernance. Il sera informé des évolutions statutaires envisagées pour les directeurs et les praticiens. Il sera consulté par le ministre sur les choix en matière de démographie médicale, ainsi que sur la tarification à l'activité et ses impacts sur le système.

1.3 La nécessité d'une offre de soins performante

Offrir une qualité des soins optimale aux patients ne peut se faire sans la coopération de l'ensemble des acteurs hospitaliers et la nécessaire adaptabilité de la structure hospitalière.

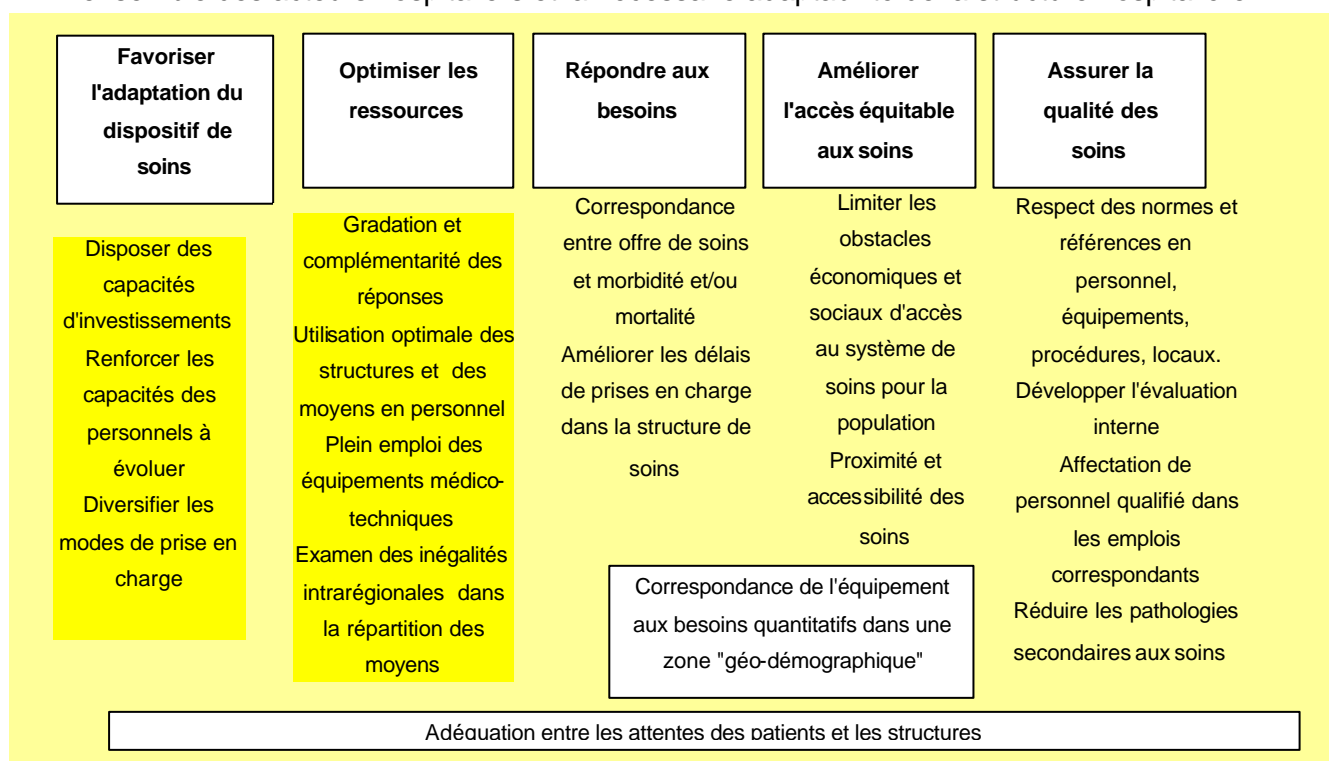


Figure 1 : Les grands objectifs du dispositif de soins⁵

⁵ Schéma extrait de la revue " Actualité et dossier en santé publique " N° 11, juin 1995, p. XVII

1.3.1 Performance des soins ... Performance de l'hôpital

A) La performance

Elle est l'atteinte des objectifs adoptés en convergence avec les orientations de l'hôpital. Mais qu'est-ce que la performance d'une entreprise ? . Selon la position que l'on occupe dans l'entreprise, la manière de répondre à cette question peut être fort différente, chacun pouvant être tenté de suggérer une approche permettant de mesurer son intérêt propre. L'appréciation de la performance constitue ainsi une activité délicate.

La performance sous-tend la mise en œuvre effective des compétences requises par les personnels. « **Les compétences peuvent se relier à la performance** par un simple modèle causal indiquant que la motivation, le trait de caractère, la conception personnelle et le savoir, lorsqu'ils sont activés par une situation, prédisent des comportements, qui, à leur tour, prédisent la performance⁶ ». Dans les organisations, ces comportements conduisent à des améliorations constantes de la qualité et de la productivité, de même qu'à l'innovation dans le développement de nouveaux produits et services.

B) L'approche processus

D'une manière générale, confrontée aux exigences croissantes des clients, l'entreprise accélère ses transformations. Sa recherche de nouvelles sources de performance l'amène de plus en plus fréquemment à repérer, analyser, repenser ses processus.

Le processus est une conjonction d'activités mettant en œuvre des ressources diverses (hommes, matériels, informations ...) et dispersées, pour la production d'un résultat défini concourant aux finalités de l'entreprise.

L'approche processus, quant à elle, prend différentes formes. Elle peut ainsi viser à :

- Faire aussi bien demain ce que nous avons fait de mieux dans le passé : maîtrise des processus
- Ou faire mieux demain ce que nous faisons aujourd'hui : amélioration des processus
- Ou encore faire beaucoup mieux en faisant autrement : innovation, reconception des processus

Pour chacun des cas, les enjeux sont différents et les moyens à mettre en œuvre également.

L'approche processus constitue aussi un outil puissant de la performance car elle est synonyme d(e) :

- Création de valeur par la focalisation sur la performance économique et sur la satisfaction des clients

⁶ Document de travail AARCH, organisme de formation et de conseil

- Optimisation d'ensemble par une vision globale et transversale, avec ouverture sur l'environnement et orientation « client »
- Coopération accrue entre les différentes unités de travail, permettant de résoudre progressivement et durablement les problèmes d'interface.

Michel VIDALOU⁷ propose 8 points de pilotage de la performance d'un processus :

- Satisfaction des clients
- Résultat de production et Qualité des produits et services
- Clarté des relations avec les partenaires
- Qualité des produits et services des fournisseurs
- Efficience des processus
- Qualité de l'organisation interne, de la circulation de l'information, des réunions
- Capacité d'adaptation à l'environnement : évolution des compétences ...
- Prospective : observation de l'environnement et écoute des clients

Ces points constituent des points de vigilance qui, corrélés à des indicateurs observables et mesurables, facilitent le pilotage de l'entreprise de par une meilleure visibilité de l'avenir en relation avec son environnement. L'entreprise pourra ainsi anticiper et faire évoluer ses compétences de même que développer ses capacités d'adaptation.

1.3.2 Performance de l'hôpital ... Performance des personnels

La compétence et l'implication des personnels hospitaliers constituent le noyau dur de l'efficacité de l'hôpital. Il s'agit ainsi d'évaluer pour mieux gérer. Pour Sylvie CHEROUTRE-BONNEAU⁸ l'amélioration des procédures et des pratiques d'évaluation est au cœur d'un dispositif modernisé de gestion des ressources humaines. Convenablement utilisée et mise en œuvre, **l'appréciation des performances donc des compétences peut devenir :**

- **un facteur d'efficacité pour l'établissement**, de par l'amélioration de l'adéquation homme/emploi, le renforcement de l'efficacité globale professionnelle, la meilleure visibilité des besoins en formation et des trajectoires individuelles .
- **un facteur de motivation pour le salarié**, dans la mesure où il situe mieux les exigences de son poste et sa contribution par rapport aux objectifs du service et de l'établissement. Le repérage des points forts et à améliorer permet d'engager une démarche positive de progrès en lien avec ses aspirations professionnelles.

⁷ Insep Consulting : Lettre Juin-Juillet-Août 1999, N°4, Editorial de Guy CHANTEUX

⁸ CHEROUTRE-BONNEAU (S) : Revue française des Affaires sociales, Numéro 4, Octobre-Décembre 1991, p 49 à 55

- **un outil de management pour l'encadrement.** Le processus d'évaluation est un moyen de développer la compétence individuelle et collective en créant un climat de travail plus participatif par l'écoute, le dialogue et en négociant des objectifs réalistes.

1.4 La compétence : levier de performance individuelle et collective ...

S'interroger sur la compétence, c'est s'interroger également sur l'opposition ou l'articulation des termes compétence, expertise et polyvalence.

1.4.1 La compétence : un concept polysémique

Bien que faisant l'objet d'interprétations diverses, la compétence est reconnue par le plus grand nombre, comme constituant un instrument de gestion, source d'efficacité et de performance. Omniprésent, et médiatique, son concept se modifie au gré des évolutions, d'où la multiplicité des interprétations⁹. En effet, la compétitivité s'affermi, entraînant avec elle l'inévitable nécessité de performance, d'innovation, d'efficacité optimale tant des ressources matérielles qu'immatérielles. Le savoir des acteurs devient un capital pour lequel il faut consentir un investissement. Leur professionnalisme est lié directement à la «**capacité de faire face à l'incertitude**». Dans ce contexte, il est opportun de prendre en compte non seulement l'acquisition des savoirs, mais surtout leur mobilisation, source d'adaptation aux situations professionnelles. Peter DRUCKER¹⁰ prend la position suivante : « Aujourd'hui, le savoir est la seule ressource qui compte. Les facteurs de production traditionnels, la terre (c'est à dire les ressources naturelles), le travail et le capital n'ont pas disparu mais sont passés au second rang. On peut se les procurer, et facilement, pourvu qu'on ait le savoir. Et le savoir, dans ce sens nouveau, est devenu une utilité économique, en tant que moyen d'obtenir des résultats dans les domaines économique et social ». L'entreprise n'est plus à considérer, aujourd'hui, comme un simple portefeuille d'affaires à gérer, mais comme un portefeuille de compétences à valoriser.¹¹ **Alors qu'entend-on par compétence ? .**

A) Norme AFNOR (Association Française de NORmalisation)

La compétence professionnelle est la mise en œuvre de capacités, en situation professionnelle, qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou une activité.

B) Approche du CEREQ (Centre d'Etudes et de Recherche sur les Qualifications)

La compétence est une séquence de comportements coordonnés, efficace. Pour ce faire,

⁹ DUGUE (E), MAILLEBOUIS (M) : « De la qualification à la compétence : sens et danger du glissement sémantique ». Education permanente, n°118, 1994, p. 43 à 50

¹⁰ DRUCKER (P) : « Au-delà du capitalisme » - Dunod, 1993

¹¹ RAUX (JF) : « Retrouvons la voie de l'ambition » - Le Monde Initiatives, 16 mars 1994

sont sollicités des **savoirs**, connaissances générales ou professionnelles issues de l'enseignement formel (scolaire, universitaire), des **savoir-faire**, connaissances issues des activités professionnelles concrètes et des **savoir-être**, aptitudes à communiquer, à prendre des initiatives, des responsabilités (comportement social).

C) Approche systémique

Elle consiste en une perception plus globale intégrant le social, l'économique, l'organisationnel et le technique. La compétence est inséparable de l'action, appréhendée au travers de l'activité, donc compétence à agir. Elle n'a de sens que par rapport au but que poursuit l'action. Par ailleurs, elle mobilise de façon dynamique des connaissances, des capacités d'action, des comportements, des types de raisonnement, des capacités relationnelles en fonction d'un but dans une situation donnée.

D) Approche ergonomique¹²

Elle est basée sur l'analyse des sciences de la relation entre l'Homme et le Travail, avec les moyens techniques nécessaires et notamment les conditions d'adaptation de l'Homme à la Machine. « Les travailleurs manifestent une activité qui ne se résume pas à leurs comportements instantanés, mais qui suppose des structures disponibles, adaptées à l'accomplissement de certaines tâches... »

E) Point de vue du psychologue¹³

Les aptitudes et traits de personnalité permettent de caractériser les individus, d'expliquer la variance de leurs comportements dans l'exécution de tâches spécifiques. Les compétences concernent la mise en œuvre intégrée d'aptitudes, de traits de personnalité et aussi de connaissances acquises pour mener à bien une mission complexe dans le cadre de l'entreprise et dans l'esprit de ses stratégies, de ses valeurs et de sa culture.

F) Point de vue du sociologue¹⁴

La compétence est la prise d'initiative à savoir l'automobilisation de l'individu, le choix de la bonne règle parmi les règles existantes et l'invention d'une réponse adaptée à un événement nouveau, singulier et imprévisible.

¹² (M) de MONTMOLLIN : « L'intelligence de la tâche » Elements d'ergonomie cognitive, Berne, Editions Peter Lang, Science pour la communication, 1984, p 122

¹³ (C) LEVY-BOYER : « Evaluation du personnel, quelles méthodes choisir » Les éditions d'organisation, 1990, 211 pages

¹⁴ (P) ZARIFIAN : « Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante » Education permanente, octobre 1992

Elle relève d'une éthique professionnelle et non d'une morale et repositionne l'initiative du sujet sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté, à savoir un enchaînement de situations à l'intérieur d'une situation de base.

G) Approche combinatoire : un mixte des différentes approches

La compétence individuelle : Un savoir - Agir reconnu

Selon Guy Le BOTERF, «la valorisation sociale de cette notion est impressionnante : si les entreprises sont jugées à l'aune de leur performance, les individus le sont à celle de leur compétence. L'incompétence n'est pas loin de mener à l'exclusion. Etre qualifié d'incompétent, c'est risquer la marginalisation des circuits de production et de reconnaissance sociale. A l'inverse, être reconnu comme un excellent professionnel est un atout inestimable». ¹⁵Cette compétence individuelle se décompose comme suit.

▪ **Un savoir-mobiliser**

La compétence n'est pas un état. Elle n'est pas assimilable au seul acquis de formation. Elle ne se réduit pas à une connaissance et des capacités possédées. Leur acquisition ne constitue que la première étape de la construction de l'édifice. Le passage à la compétence ne peut se faire que si l'individu mobilise de façon pertinente l'ensemble des savoirs enseignés, et ce, au moment opportun dans une situation de travail donné. C'est donc l'action qui donne corps à la compétence. De ce fait, « elle ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités...) à mobiliser, mais dans la mobilisation même de ces ressources... Elle désigne une réalité dynamique, un processus davantage, qu'un état. C'est en mettant en œuvre la compétence que l'on devient compétent... Elle est un savoir-faire opérationnel validé. »¹⁶Le terme « validé » démontre bien que seule la reconnaissance de l'action par les autres transformera la réalisation en compétence. Le professionnalisme est interactif, de par l'alternance permanente de validation au niveau individuel et collectif, des réalisations matérielles ou immatérielles. Pour LORINO¹⁷ « un savoir n'est utile que s'il se concrétise dans un savoir-faire, donc dans un faire : dans une activité. La compétence fait ses preuves dans l'action. Son exercice est nécessaire pour qu'elle se maintienne. ».

Guy Le BOTERF distingue **six savoirs mobilisables** :

- ✓ **les savoirs théoriques** visent à comprendre un phénomène, un objet, une situation, une organisation, un processus... donc « **le comment ça marche** ». Ils servent à en décrire et à en expliquer les composants ou la structure, à en saisir les lois de fonctionnement ou de transformation (concepts, schémas, connaissances...).

¹⁵ Le BOTERF (G) : « De la compétence - Essai sur un attracteur étrange ». Les Editions d'Organisation. 1994. 176 pages

¹⁶Idem numéro précédent

¹⁷ LORINO (P) : « L'économiste et le manager » Edition La Découverte, 1989

- ✓ **les savoirs procéduraux** visent à prescrire « **comment il faut faire** » et « **comment s'y prendre pour** ». Ils permettent de disposer de règles pour agir et décrivent les savoirs opératifs en vue d'une action à réaliser.
- ✓ **les savoir-faire procéduraux** représentent l'action même à réaliser, donc l'application de la procédure, qui passe par l'expérience pratique sous contrainte temporelle. Après entraînement le savoir procédural deviendra savoir-faire.
- ✓ **les savoir-faire expérientiels** représentent, quant à eux, le savoir issu de l'action. Il comprend les leçons tirées de l'expérience pratique.
- ✓ **Les savoir-faire sociaux** sous-tendent que les seules connaissances théoriques ou procédurales ne suffisent pas à construire « l'équipement en savoir » de l'individu. La compétence relève aussi du savoir-être induit par les représentations sociales, les valeurs et les statuts. Ils sont corrélés aux savoir-faire relationnels et comprennent les comportements sociaux et professionnels, les attitudes relationnelles et de communication, les attitudes éthiques.
- ✓ **les savoir-faire cognitifs** correspondent à des opérations intellectuelles nécessaires à la formulation, l'analyse et la résolution de problèmes, la conception et la réalisation de projets, la prise de décision, la création ou l'invention.

La compétence se situe donc au carrefour de trois domaines, à ce titre, elle est contingente.

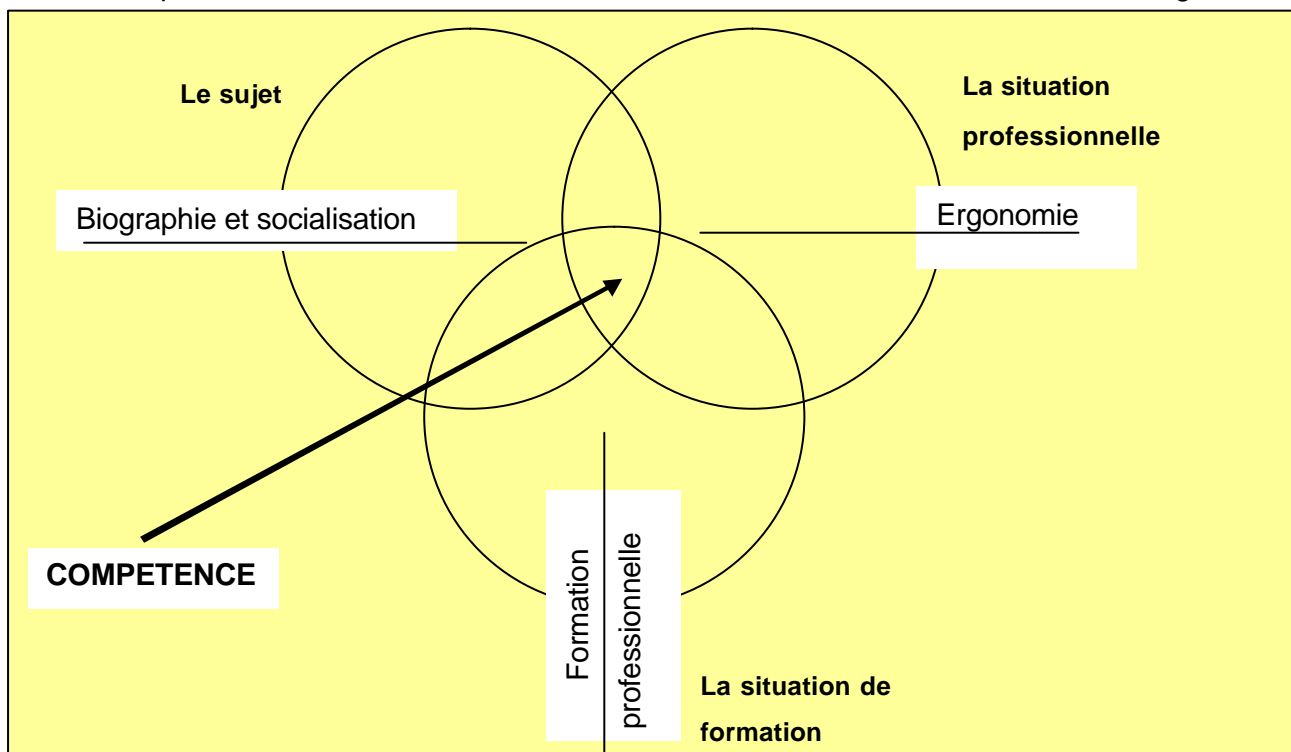


Figure 2 : La compétence au carrefour¹⁸

- **Un savoir-transférer**

¹⁸ (G) Le BOTERF : Schéma extrait du livre : « de la Compétence - Essai sur un attracteur étrange ». Les Éditions d'Organisation, 1994, 176 pages, p 17

La compétence ne peut se limiter à résoudre un problème unique, dans une situation unique. Elle est polyvalente et suppose d'agir sur un ensemble de problèmes, du plus simple au plus complexe, dans une variété de situations données. Il ne suffit pas de répéter la même opération, il importe prioritairement à chaque individu de transférer la compétence à deux niveaux : à une pluralité d'actions de nature autre, sinon différente et, par ailleurs, à un groupe de personnes, dont la fonction est d'œuvrer à la même construction d'actions d'apprentissage. Transfert de compétences et management des ressources humaines sont étroitement liés.

▪ ***Un savoir-intégrer***

La compétence nécessite une capacité à intégrer des savoirs divers et hétérogènes pour les finaliser ensuite sur la réalisation d'activités.

R. BOUDON¹⁹ décrit un «**double effet**» qui **conditionne la mise en œuvre des compétences** :

- ✓ « **un effet de position** » qui dépend de la position de l'acteur dans un contexte particulier et sous-tend son accès aux informations pertinentes
- ✓ « **un effet de disposition** » qui dépend de ses capacités mentales, cognitives, affectives et qui le conduira à une interprétation différente de la même réalité.

Les ressources propres à chaque individu sont multiples et induisent des conduites et des types de raisonnement différents en fonction notamment de sa propre histoire, de son système de valeurs lié à un environnement socioculturel donné, ainsi que de son ou ses réseaux de connaissances.²⁰ De nature combinatoire, la compétence n'est pas une simple addition de savoirs partiels, mais une imbrication d'ingrédients pluriels triés à bon escient. La situation dans laquelle doit s'exercer la compétence n'est pas l'unique élément à prendre en compte. Les représentations individuelles et les styles cognitifs constituent tout autant des éléments d'intégration.

« **Savoir mobiliser** », « **savoir intégrer** », et « **savoir transférer** » forment les étapes **indissociables du « savoir agir »**. Il deviendra «**compétence** » s'il est reconnu d'autrui. La ROCHEFOUCAULT aimait à dire : « On ne juge pas un homme sur ses qualités, mais sur l'usage qu'il sait en faire ».

La compétence collective : un système dynamique

Dans une situation professionnelle, il n'existe pas une somme d'acteurs uniques, mais un groupe d'acteurs en interaction, dans un système contingent. Considérer que l'individu est un être indépendant de l'environnement dans lequel il se situe, avec ses besoins exclusifs,

¹⁹ BOUDON (R) : « L'idéologie », Fayard, 1991

²⁰ THIERRY (D), SAURET (C) : « La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences », Editions l'Harmattan, 1993, 268 pages

conduit, par exemple, à des recensements de besoins en formation complètement inadaptés. La compétitivité des entreprises implique une montée en charge du professionnalisme des acteurs. La compétence collective constitue, à ce titre, un avantage concurrentiel majeur.

- ***Un savoir-coopérer***

De même que la compétence individuelle ne se résume pas à une somme d'opérations standardisées répétitives, la compétence collective ne se limite pas à la somme des compétences individuelles. D'autres éléments entrent en jeu, telles que la complicité, la connivence, l'alliance, la participation... L'esprit d'équipe, si souvent évoqué, apporte « la confiance opérationnelle »²¹ : chacun est à l'écoute des autres pour savoir quand, où et comment intervenir. La compétence collective naît de la mise en commun des compétences individuelles dans un objectif de co-action et coproduction. La coordination des activités ne peut se faire que dans un contexte de collaboration forte de tous les membres à l'intérieur de l'équipe mais aussi entre les différentes équipes. Trouver la bonne articulation entre les diverses compétences possédées par des individus ayant des statuts, des cultures, des ressources ou des démarches cognitives distinctes, ne se fait pas sans tensions, voire même sans conflits. En revanche, on peut dire qu'il y a compétence collective, lorsque les membres d'une équipe, réussissent à gérer les heurts, par la négociation et le consensus.

- ***Un Savoir expérientiel***

L'apprentissage est collectif et l'ensemble des membres s'enrichira de l'expérience commune. Si des problèmes se posent, leur résolution fera appel aux acteurs concernés directement et indirectement par le problème en question. Tout dysfonctionnement ne peut être le fruit que d'un seul individu, mais le résultat d'une série d'actions mal maîtrisées ou non corrélées. Selon G. de TERSAC²², « un collectif de travail se constitue par la production d'une règle non écrite de fonctionnement et de coopération. L'acteur collectif n'est pas défini à l'avance. Cette règle résulte de négociations effectuées entre les opérateurs eux-mêmes et entre les opérateurs et l'encadrement... Une entreprise ne fonctionne que sur la combinaison d'une pluralité de règles : certaines sont écrites et proviennent de l'encadrement, d'autres ne le sont pas et sont élaborées par les exécutants eux-mêmes... Il s'agit de règles complémentaires tout autant rationnelles. » C'est la règle non écrite qui va permettre la coordination des compétences individuelles, donc leur combinaison. La nature et la prégnance des modes de collaboration sont à la source de la performance. La compétence constitue bien un maillon important de la chaîne « gestion des ressources humaines ». Elle représente une capacité à agir. Cette capacité sera d'autant plus forte que les compétences

²¹ SENGE (P) : « La cinquième discipline », First, 1991

²² De TERSAC (G) : « Autonomie dans le travail », PUF, 1992

effectivement détenues par les personnes sont importantes. Les grilles de compétences, les référentiels de compétences entrent bien dans la boîte à outils des ressources humaines car ils ont le mérite de clarifier et objectiver les situations professionnelles et permettent ainsi la mise en place de programmes d'actions adéquats. « L'objectivation permet de retrouver le dialogue professionnel, la considération, et la relativisation, car si tout le monde a des compétences, personnes ne les a toutes. Le référentiel casse le manichéisme compétent / incompétent en permettant de faire valoir les richesses spécifiques de chacun. La différence est reconnue et rendue possible... »²³ La finalité du management est de créer les conditions pour que chacun exprime le meilleur de lui-même. Cela suppose que l'entreprise mette en place une véritable ingénierie de la connaissance et des compétences, portée par les cadres managers, à destination de chacun des salariés. (**Annexe2 : synthèse approche combinatoire**)

En résumé de ces différentes approches, la compétence :

- reconnaît la valeur de l'implication personnelle du salarié dans son activité
- est de l'ordre de l'action
- relève du savoir, du vouloir et du pouvoir

La compétence ne s'appréhende pas en terme d'état mais en terme de processus.

Une personne sait agir avec compétence si elle :

- sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances , savoir-faire , qualités ...)
- pour réaliser dans un contexte particulier des activités professionnelles selon certaines exigences professionnelles
- afin de produire des résultats (services produits) satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire (client, usager, patient...)

1.4.2 Une pluricom pétence circonscrite : la polyvalence

La polyvalence constitue une forme d'organisation du travail, basée sur le principe de la non-spécialisation. Elle apparaît ainsi comme une alternative à l'organisation taylorienne du travail encore très prégnante aujourd'hui. Dans le domaine de l'organisation du travail, la notion de polyvalence renvoie aux liaisons établies entre un homme d'une part et des postes de travail ou des fonctions d'autre part. Il est généralement admis que **la polyvalence relève de la qualité de celui qui peut exercer plusieurs activités différentes et qu'elle est une manifestation de l'engagement personnel et professionnel**. A un niveau plus élaboré, la polyvalence conduirait à une mobilité inter-emplois. Cette difficulté à définir ce qu'est la polyvalence va induire des représentations très diverses au sein des organisations. Pour comprendre la polyvalence, il est ainsi nécessaire d'explorer les formes qu'elle revêt, comment elle se manifeste dans les situations de travail au quotidien, et comment elle est

²³ FLUCK (C) : « Bâtir un référentiel de Compétences, conjuguer faire simple à tous les temps », Performance globale, n° 1, juillet 1995, p 16 à 20

perçue et vécue par les personnels. Il appartient à chaque organisation de lui donner un sens concret, par rapport à des normes collectives connues. Il apparaît ainsi difficile, voire délicat, de rechercher une définition univoque du terme polyvalence.

A) La polyvalence intégrée permanente

Ce type de polyvalence correspond à la polyvalence intra-unité, intra-secteur, intra-équipe. Les acteurs de soins ont des regards différents sur leur propre degré de polyvalence (certains se disant polyvalents et d'autres non, en réalisant strictement le même travail). Ceci confirme la difficulté de définir ce terme : polyvalence, oui ou non, mais par rapport à quoi ?

Si la référence de départ n'est pas la même pour tout le monde (histoires professionnelles différentes, ancienneté dans la fonction différente, ...) le terme polyvalence ne peut avoir la même représentation, d'où l'importance pour les managers de fédérer les personnels sur le contenu et le sens du travail plutôt que de vouloir les convaincre, de façon abstraite, de son intérêt.

L'évolution des systèmes de travail, des technologies, remet régulièrement en cause le sens que revêt la polyvalence, d'où la nécessité de travailler sur l'adéquation des situations de travail à l'atteinte des objectifs individuels et collectifs. Pour ce faire, logique productive, logique de progression individuelle et logique de satisfaction de la clientèle sont à prendre en compte simultanément. La polyvalence intégrée permanente permet une rotation intrasecteur des postes, et de ce fait, favorise un équilibrage de la charge de travail. Il s'agit dans ce cas d'une mobilisation continue, interne à une équipe de travail, à un groupe, induite le plus souvent par la contrainte de couverture horaire.

B) La polyvalence épisodique, de mobilité externe

Elle s'inscrit comme une exigence du poste ou de la fonction, mais prend une dimension variable selon la compensation recherchée. Cette polyvalence s'opère généralement lors de remplacements ponctuels liés à des absences diverses d'autres salariés (maladies, formation, congés, ...) et ce, hors de la sphère habituelle de travail. Elle présuppose la transférabilité des capacités d'un poste interne à un poste externe, nécessite de s'interroger sur les logiques d'action et renvoie aux capacités d'adaptation personnelles de l'homme.

C) La polyvalence comme capacité de l'homme

« Qu'elle s'exerce dans un poste, sur plusieurs postes ou dans une fonction, la polyvalence est d'abord un attribut du travailleur. Elle recouvre cependant des situations plus larges que la seule prescription dans un poste ou une fonction, même si aujourd'hui, elle est plus systématiquement développée qu'autrefois. En effet, elle est devenue une des exigences centrales de la gestion des personnels, pour résoudre les problèmes de l'absentéisme et donner

de la flexibilité au système de travail. La polyvalence des travailleurs peut prendre des formes variables, très souples ».²⁴

Cette polyvalence, liée au parcours professionnel du salarié, à sa formation initiale et continue, ne s'inscrit pas dans le poste ou la fonction et peut n'être que rarement sollicitée si le besoin ne s'en fait pas sentir. « Elle joue cependant un très grand rôle dans la fiabilité du système de travail... Une gestion rationnelle des ressources humaines suppose la connaissance par l'entreprise de ces savoirs et savoir-faire, qui participent à la définition des potentialités des travailleurs et de la capacité d'évolution de l'unité de travail. Les personnes disposant de double formation et de multiples expériences, qui se fécondent les unes les autres et qui, à terme, peuvent produire de nouveaux savoirs et créer de nouvelles pratiques sont susceptibles d'entraîner une évolution des métiers et des emplois. Cependant, l'employeur ne s'intéresse qu'à la polyvalence requise directement par le travail ou par les impératifs de la gestion du personnel. Dès lors, les acquis du personnel sont systématiquement laissés dans l'ombre : le principe de la valeur d'usage de la qualification prévaut sur sa valeur d'échange »²⁵

D) La polyvalence potentielle

Il est difficile de l'objectiver dans l'exercice régulier. En effet, les formations ne peuvent se consolider en qualification opératoire que dans la pratique concrète. Elles constituent néanmoins un terreau qui pourrait être fertilisé à la moindre occasion.

En résumé, la polyvalence²⁶ reste ambiguë dans son acception sémantique. « D'un certain point de vue, elle est pour les opérateurs un alourdissement de la charge de travail et des responsabilités. D'un autre, elle est un réel moyen d'enrichir les tâches et d'ouvrir des possibilités de carrière »²⁷ Elle suscite donc des résistances quand elle est introduite avec maladresse et notamment lorsqu'il existe ce sentiment d'accroissement de la charge de travail dont les gains ne vont pas à l'opérateur. En revanche, si l'accent est mis sur l'acquisition d'une autonomie dans le travail, d'une nouvelle professionnalisation, alors le personnel verra l'intérêt de la polyvalence, car synonyme de pluricom pétence et de performance. Elle est ainsi à circonscrire, organiser et manager afin qu'elle constitue un levier d'action et de management des compétences dans un objectif de gestion des ressources humaines à court, moyen et long terme. Sa réussite passe tant par le degré d'implication des cadres que par leurs compétences à manager une équipe, dans une logique transversale institutionnelle. La logique de service ne doit plus prévaloir sur la logique d'établissement. Accroître le champ d'action avec une vision inter-services, nécessite qu'ils se munissent d'outils stratégiques de pilotage, afin de pouvoir objectiver les pratiques.

²⁴ DADOY (M) : les analyses du travail, enjeux et formes ", p.129

²⁵ DADOY (M) : Idem numéro précédent

²⁶ DREVET (G) : « Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques » Doctorat Gestion, Université Lyon2, 1999, Tome1, 350p / Tome2 Annexes 600 p.

²⁷ BERNIER (C) : La polyvalence des emplois, nouvelle tendance de l'organisation du travail ". Bulletin de l'IRAT n°22, Montréal, 1982

1.4.3 Un exercice de compétences ciblées : l'expertise

L'expertise représente la forme la plus élevée de détention d'une compétence. C'est une connaissance fortement expérimentée, qui sort de la « logique métier » pour s'inscrire dans d'autres logiques : logique de marché, logique de maîtrise des technologies, logique de processus..., et rompt l'identité professionnelle liée au corporatisme. Faire évoluer les carrières en fonction des expertises nécessaires à l'entreprise remet en cause la promotion à l'ancienneté. Cependant, comment définir la fonction d'expert ? Un bilan de l'expérimentation de la fonction « expertise » dans les établissements publics de santé, organisé par la direction des hôpitaux²⁸, a mis en exergue non pas une définition de l'expertise, mais en revanche les différentes formes qu'elle peut prendre.

Le cahier des charges préalable à cette expérimentation mentionnait tout d'abord que « les agents ayant développé, par la pratique et la formation, un savoir et des compétences dans un domaine donné, ainsi que l'aptitude à les transmettre à d'autres agents en vue d'améliorer globalement la prise en charge des patients ou le fonctionnement des services pourraient se voir confier des fonctions et missions d'expertise de niveau institutionnel ou professionnel.

A) L'expertise institutionnelle

Elle correspond à l'exercice d'une fonction transversale au niveau de l'ensemble de l'établissement (hygiène, conditions de travail, ergonomie, formation).

B) L'expertise professionnelle

Elle correspond, quant à elle, à l'exercice d'une fonction, au niveau des services, issue d'une pratique professionnelle thérapeutique, diagnostique ou de gestion, faisant appel à une technicité ou une technologie particulière.

La fonction d'expertise doit répondre :

- à un besoin au sein de la structure (établissement, services, ...)
- à une possibilité de diversification des carrières.

L'expertise est une mission confiée à un agent de façon temporaire, c'est à dire pour une période de temps limitée, elle peut être envisagée pour tous les emplois paramédicaux. Elle est également ouverte pour les emplois des services administratifs et des services techniques ».

Cette fonction d'expertise est assimilée à celle d'un consultant interne, et à ce titre, comporte la participation aux actions d'audit, de conseil et d'évaluation. Dans tous les cas, elle

²⁸ VILCHIEN (D) : Direction des hôpitaux, ministère des Affaires Sociales, de la santé et de la ville, « Bilan de l'expérimentation de la fonction expertise dans les établissements publics de santé ». Colloque du 19 juin 1997, Tours

s'exerce en lien et en interactivité permanente avec le projet d'établissement, le projet de service et le projet médical, et s'inscrit dans une logique matricielle. Ce n'est pas tant la notion de contrat, que la notion d'engagement qui se joue dans la dynamique d'expertise.

En résumé, voici ce que peut être l'expertise :

- elle répond à un besoin institutionnel
- elle s'exerce dans le cadre d'un projet connexe au poste occupé ou bien, à temps plein mais avec un contrat à durée déterminée
- elle produit des effets transversaux

Pour ce faire, l'expert aura à :

- développer des compétences pointues, en adéquation aux situations particulières et problèmes de terrain à résoudre
- transformer la connaissance et l'expérience acquises en réponses institutionnelles
- transférer son savoir-faire aux autres acteurs de l'entreprise
- opérer une veille interne et externe.

Gérer la compétence, c'est travailler sur les différentes formes qu'elle revêt, à savoir la monocompétence, la pluricompétence ou plus couramment polyvalence, et enfin, l'exercice d'une compétence ciblée synonyme d'expertise.

Le management des acteurs est à adapter en fonction des différentes formes en question, afin de rendre l'organisation performante.

Afin d'appréhender la réalité des situations sur le terrain, en termes de gestion des compétences, nous avons rencontré les directeurs des soins d'établissements hospitaliers de type CH et CHU.

2 ETUDE TERRAIN

2.1 La méthodologie d'exploration

La méthodologie d'exploration consiste à choisir le meilleur processus possible de production de données, source d'élaboration d'un savoir.

2.1.1 L'entretien individuel

A) Elaboration d'un guide d'entretien

Notre démarche a consisté à utiliser l'entretien comme moyen d'investigation sur le terrain. Bien évidemment, il ne s'agissait pas de porter des jugements binaires et absolus sur le fonctionnement des établissements mais de faire un état des lieux de la situation actuelle afin de cerner :

- comment se traduit la gestion des compétences au quotidien
- comment elle est vécue par les directeurs des soins
- les représentations qui y sont liées (signification, sens...)
- les freins et les facteurs favorisants.

Pour ce faire, nous avons procédé à l'élaboration d'un guide d'entretien, afin d'accroître la pertinence et l'efficacité de l'entretien de recherche, « au service » des hypothèses à valider. **Le guide d'entretien présenté en annexe 3** comporte une liste de thèmes, correspondant aux domaines d'action, et de sous-thèmes, sous-tendant les questions à poser lors de l'entretien, sans ordre imposé. Le but n'est pas de poser la totalité des points recensés, mais d'éviter les digressions par des questions appropriées de recentrage. Les entretiens sont semi-directifs et ont nécessité une prise de notes aussi exhaustive que possible, car indispensable à l'exploitation des données, qui sera obligatoirement faite en temps différé.

B) La population interviewée

Les entretiens ont été réalisés auprès de directeurs des soins provenant d'établissements hospitaliers de tailles différentes.

Leur durée a oscillé entre une heure et une heure trente. " Cette durée s'explique par le fait que ce sont des entretiens semi-directifs : l'intervenant qui conduit l'entretien est soumis à un flux désordonné d'informations de la part de son interlocuteur. Face à cela, il a une stratégie de conduite de l'entretien afin de maximiser la part des informations utiles, selon lui... "

C) La méthodologie d'analyse des entretiens

Elle est inspirée du modèle d'analyse socio-économique proposé par Henri SAVALL et Véronique ZARDET²⁹. L'analyse des entretiens peut se schématiser sous la forme d'une arborescence comprenant :

- **Les thèmes** : les familles de thèmes sont empruntées aux six domaines de dysfonctionnement du modèle d'analyse socio-économique : conditions de travail, organisation du travail, gestion du temps, communication-coordination-concertation, formation intégrée, mise en œuvre stratégique.
- **Les sous-thèmes** : ils correspondent à une déclinaison des thèmes dans un objectif de précision et de hiérarchisation.
- **Les idées-clés** : elles servent à classer, regrouper et fédérer un ensemble de phrases témoins, illustrant une idée commune.
- **Les phrases-témoins** : elles sont extraites des entretiens et sélectionnées en fonction de leur valeur-ajoutée et/ou de leur représentativité.

L'étude réalisée auprès de 10 directeurs des soins nous a permis d'objectiver les modes de gestion des compétences, au travers des faits, opinions et commentaires recueillis.

2.1.2 Le « questionnaire » issu du guide d'entretien

A) L'objectif du questionnaire

En effet, il a semblé opportun d'élargir l'étude à d'autres établissements hospitaliers, en utilisant le guide d'entretien comme trame de questionnaire, **à envoyer à des directeurs des soins appartenant à notre réseau.**

B) Le contenu du questionnaire

Il est identique à celui des entretiens et ne comporte, de fait, que des questions ouvertes.

Ce questionnaire est présenté en annexe 4. Les informations recueillies lors des entretiens et par le biais des questionnaires feront ainsi l'objet d'un dépouillement unique, plus étoffé et plus riche.

2.1.3 Les terrains d'enquête

Les 10 directeurs de soins consultés représentent 9 établissements hospitaliers. Ils ont tous répondu favorablement à notre enquête et nous les en remercions.

²⁹ (H) SAVALL, (V) ZARDET « Maîtriser les coûts et les performances cachés », p 227 à 256, p 227

Entretiens réalisés « en face à face » sur les lieux d'exercice des directeurs des soins, avec prise de rendez-vous	« Questionnaires » envoyés à des directeurs des soins de notre réseau et renseignés sur la base du guide d'entretien
7	3

	Type d'établissement	Effectifs totaux : médicaux / non médicaux	Effectifs personnels soignants	Effectif DS	Effectif Cadres Supérieurs	Effectif Cadres
A	CHU Pôle Gériatrique	400	300	1	1	12
B	CHU Hôpital multispécialités	4000	2600	2	12	100
C	CHU Hôpital multispécialités	4000	2600	2	12	100
D	CH Hôpital général	900	650	1	3	23
E	CH Hôpital général	820	500	1	5	24
F	CH Centre hospitalier psychiatrique	1100	750	1	13	45
G	CHU Hôpital général	1400	1000	2	5	35
H	CHU Hôpital général	3900	2500	2	10	80
I	CH Hôpital général avec grand secteur gériatrie	350	280	1	0	10
J	CH Hôpital général	800	600	1	4	21

2.2 Le diagnostic

La présentation du constat suivra l'arborescence du guide d'entretien (voir annexe 3).

Les informations recueillies seront classées, comme énoncé, par :

- **Thèmes** : Stratégie, Management, Organisation et Gestion du temps, Communication-Coordination-Concertation, Formation
- **Sous-thèmes** : ils sont introduits par les lettres A, B, C...
- **Idées-clés** : elles sont, quant à elles, introduites par « un petit carré » et surlignées
- **Phrases-témoins** : ces dernières étayent les idées-clés, de par leur valeur significative, et sont présentées en italique.

2.2.1 Stratégie

A) La complémentarité DRH / DS

- **De nombreux domaines concernent communément le DRH et le DS** : Distribution des moyens, gestion des mensualités de remplacement, conditions statutaires de recrutement et d'affectation, aspects disciplinaires, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, politique de formation continue, politique sociale.

« Il est nécessaire de préciser les responsabilités de chacun et d'établir des règles communes de fonctionnement »

« Il est essentiel que le DRH et le DS forment une équipe et se battent ensemble »

« La collaboration se situe également dans l'articulation du projet de soins avec d'autres projets, tels que le projet social, le bilan social, les projets d'amélioration des conditions de travail, les COM ... »

« Il est indispensable d'être transparent de part et d'autre pour concilier ensemble les choix en lien avec les contraintes budgétaires »

- **Nécessité de formaliser des temps de travail en commun et de développer des outils de pilotage identiques pour une gestion cohérente des Ressources Humaines au sein des secteurs de soins**

« Nous avons des tableaux de bord communs, tels que celui des emplois, les suivis financiers ... »

« Nous avons mis en place un staff hebdomadaire pour réfléchir ensemble aux stratégies à adopter, étudier les dossiers des agents »

« Nous avons une approche commune des conséquences, en termes de gestion, des contraintes de tous ordres »

B) Utilisation de la gestion des compétences comme levier de performance économique et sociale

▪ **Gestion des compétences privilégiée lors de projets spécifiques**

« Nous utilisons la gestion des compétences lors des actions de restructuration qui conduisent à réexaminer les qualifications. Nous allons l'utiliser également dans la mise en œuvre opérationnelle des projets relatifs à la T2A »

▪ **Objectif plus social qu'économique de la gestion des compétences**

« Le levier consiste plus dans le souci de développer la relation humaine pour qu'il y ait maintien de l'intérêt au travail et, de ce fait, une relation de qualité avec le malade »

« La gestion des compétences consiste principalement à avoir la bonne personne au bon endroit. Pour cela nous encourageons une politique promotionnelle forte »

▪ **Formalisation encore approximative de la gestion des compétences**

« Elle s'opère au sein de chaque unité ou secteur mais ne fait pas l'objet d'une organisation formelle au sein de l'établissement. Nous formons cependant des IDE à des DU douleur, soins palliatifs, hygiène ... afin de développer des expertises »

« La gestion des compétences pour tous demeure une utopie. Il faut rester réaliste »

▪ **Elaboration de profils de poste ancrée dans les pratiques**

« Nous prenons en compte l'évolution des contenus d'emplois. Par exemple, nous intégrons des pré-requis universitaires pour les cadres supérieurs afin qu'ils puissent avoir une vision plus systémique de leur champ d'activités »

« L'expertise du DS permet d'argumenter les besoins quantitatifs mais surtout qualitatifs en fonction du poste, de l'unité ... »

▪ **Evaluation des compétences encore insuffisamment exploitée**

« Les compétences des personnels ne sont pas toujours utilisées au regard des besoins réels du terrain, des spécificités relatives aux différentes prises en charge des patients. Pour cela il faudrait développer les bilans de compétences afin d'avoir une cartographie des compétences effectivement détenues »

▪ **Mise en place de pools de remplacement comme facteur de régulation**

« Il s'agit de procéder à une gestion efficiente des effectifs de par la possibilité de gérer à la fois l'absentéisme et les variations d'activité »

- **Participation partielle à la GPEC**

« On essaie, autant que faire se peut, de participer à la GPEC au travers des actions suivantes : gestion prévisionnelle des emplois notamment cadres, aide anesthésistes, IBODE, puéricultrices »

- **Poids des contraintes budgétaires sur la GRH mais aussi opportunité de reconsidérer l'organisation**

« Nous utilisons un volant de contractuels, comme effet-tampon, afin de ne pas provoquer des changements trop absurdes au sein des équipes »

« Les budgets influent sur le dimensionnement quantitatif et qualitatif des équipes soignantes »

« Les contraintes budgétaires entravent une GRH, qui souhaite prendre en compte les conditions de travail et de soins, du fait d'un manque de personnel de remplacement de l'absentéisme, d'une part, et de compensation des variations d'activités de soins, d'autre part. D'où l'existence de tensions sociales avec risque de désengagement des équipes »

« Les contraintes budgétaires influent sur l'organisation : fermetures de lits, réduction voire suppression des temps de relève, explosion des temps partiels. Elles influent également sur les qualifications en recrutant des ASH à la place d'ASD. Un effet positif cependant, elles imposent aux cadres et cadres supérieurs de collaborer et de partager les moyens et ainsi de tendre vers le décroisement attendu »

« Il est nécessaire d'avoir une autre approche de la gestion du couple Organisation / Ressources en jouant sur la polyvalence et la mobilité »

2.2.2 Management

A) Les pratiques managériales de l'encadrement de proximité

- **Manque d'homogénéité des pratiques managériales des cadres**

« Elles dépendent beaucoup du type de formation des cadres, initiale et continue, de leurs expériences et des contextes d'exercice. Il existe une réelle influence du corps médical sur le mode de fonctionnement des cadres, d'où la diversité des positionnements »

« Le type de management du cadre semble naturellement relever d'une conception individuelle et personnelle de la gestion des hommes. Il appartient au DS d'impulser une

conception et un mode de management institutionnel. En effet, si les cadres sont souvent débordés, c'est qu'il n'y a pas de réelle ligne de conduite fixée par la direction des soins et, de ce fait, une méconnaissance des priorités et attentes institutionnelles »

- **Gestion au « coup par coup » sans réelle anticipation des évolutions à accompagner**

« Les cadres passent une grande partie de leur temps à gérer l'absentéisme et les surcharges d'activités, à réguler les plannings pour que les soins soient assurés »

« Les missions des cadres sont multiples et complexes. Ils sont au cœur de l'activité et au carrefour de tout : autres professionnels de l'hôpital, acteurs externes, familles, patients ... »

- **Gestion néanmoins pilotée à minima**

« Il existe dans certains services des grilles de compétences. Une généralisation est prévue. Elles aident à formuler des objectifs d'évolution, voire de formation afin de réduire les écarts entre compétences détenues et compétences requises »

« Nous estimons que 50% de nos cadres managent à l'aide d'outils de pilotage et que les 50% restants demeurent des supersecrétaires, passant une grande partie de leur temps à effectuer les prises de rendez-vous et la gestion des dossiers des malades »

« Les entretiens d'évaluation sont conduits dans une logique de management des compétences »

« Le management est souvent intuitif mais cependant participatif. Les cadres de proximité sentent le terrain et jouent un rôle de vigie indispensable au fonctionnement de l'hôpital »

B) Les pratiques managériales de l'encadrement supérieur

- **Une vision globale limitée au secteur de responsabilité**

« Les cadres supérieurs restent dans l'opérationnalité pour venir en aide aux cadres. Ils maternent encore quelque peu ! Ils interviennent particulièrement sur la gestion de l'absentéisme, des plannings et des congés »

« Les cadres supérieurs jouent auprès des cadres de proximité, un rôle d'accompagnement et de conseil, un rôle de management des informations institutionnelles, un rôle dans les organisations des unités et des services de même qu'un rôle en termes de gestion des compétences et des qualifications par rapport aux activités »

- **Un positionnement pas toujours clair / Direction des soins et la DRH**

« Il appartient au directeur de soins de faire évoluer la fonction de cadre supérieur en lui confiant des missions transversales, qui feront de lui un réel relais entre la direction de soins et les équipes sur le terrain »

« Le travail impulsé, par le DS, en bureau infirmier détermine le positionnement, la légitimité et la crédibilité du cadre supérieur »

- **Une gestion des compétences faiblement anticipée**

« C'est à l'occasion de dysfonctionnements que le cadre supérieur aborde la gestion des compétences avec ses cadres, outre la période de notation »

« Les cadres supérieurs ne s'appuient pas suffisamment sur des tableaux de bord de pilotage pour gérer leur secteur »

C) Les attentes du DS en terme de management

- **Un esprit de corps et d'appartenance**

« Il appartient à l'encadrement de transmettre les valeurs du projet de soins et de fédérer les équipes autour de notre mission prioritaire : fournir la meilleure prestation de soins possible au patient »

« Des valeurs de respect, d'équité, d'attention à l'autre doivent être présentes dans le management mis en œuvre, de l'encadrement de proximité au DS. L'exemplarité du DS influe sur le management pratiqué par l'encadrement »

- **Le développement d'une logique de responsabilité**

« Le projet de soins fixe les axes prioritaires. Sa déclinaison dépend largement de l'engagement de l'encadrement lui-même et de sa capacité à fédérer les soignants autour des actions à mettre en œuvre »

« Notre rôle est de faire les liens et d'assurer la cohérence entre le projet de soins, le projet médical et le projet d'établissement. Pour ce faire, le projet de soins doit intégrer les aspects de GRH »

« Il existe une gestion systématique et concertée des questions d'inadéquation entre les compétences détenues et les compétences requises sur les postes de travail »

« Il nous appartient de développer l'autonomie de l'encadrement et de lui permettre d'assurer ses missions en fonction des contraintes, afin qu'il puisse retrouver du bien-être au travail : réalité ou utopie ? »

« Nous faisons participer les cadres à la préparation des décisions et leur attribuons des missions transversales et de pilotage de projets de la direction des soins »

▪ **Une définition plus claire des missions de chacun**

« Nous souhaitons que les cadres de proximité investissent leur rôle de management d'équipes et de projets. Il y a tout un travail de mise en confiance en leur démontrant qu'ils en ont les capacités »

« Les cadres supérieurs ont à développer une fonction d'expertise transversale, en complémentarité du DS, et à travailler sur l'évitement de champs communs avec le cadre de proximité »

▪ **La mise en place d'outils institutionnels de management**

« Ces outils peuvent être impulsés tant par la direction des soins que par l'encadrement lui-même. En revanche, il appartient au DS d'en assurer la cohérence et la fiabilité »

« Apprendre aux cadres supérieurs à faire-faire à l'aide d'outils de pilotage, plutôt que faire à la place du cadre de proximité ! »

« Deux axes principaux sont privilégiés : un management situationnel et un management par la qualité intégrant la gestion des compétences. Cette dernière constitue un axe du projet de soins et du projet social »

▪ **L'optimisation des conditions de travail**

« Il est nécessaire que le DS recherche ce qui freine la mise en œuvre des projets, afin d'agir en conséquence »

« S'enquérir du climat interne à une équipe et inter équipes permet de repérer les dysfonctionnements et d'agir sur les conditions de travail »

▪ **La recherche des freins et facteurs favorisant pour une gestion des ressources humaines efficiente**

Des exemples de freins :

- Pénurie de personnel infirmier
- Éléments du statut enfermants
- Lourdeur administrative
- Tableaux des emplois inadaptés

- *Insuffisance d'Indicateurs de la charge en soins*
- *Rythme de travail*
- *Travail posté*
- *Salaires faibles*
- *Contraintes budgétaires*
- *Absentéisme*
- *Locaux inadaptés*
- *RTT*
- *Démotivation du personnel*

Des exemples de facteurs favorisants :

- *Travail d'équipe*
- *Formation*
- *Accréditation*
- *Développement des compétences*
- *Projets*
- *Politique de recrutement attractive*
- *Personnalisation des relations avec le personnel*
- *Outils de pilotage*
- *Evaluation des personnels et repérage des potentiels*
- *Projet de soins*

▪ **Réduction des écarts entre discours et pratiques en matière de GRH**

« *La volonté affichée ne suffit pas. Il faut qu'il y ait une déclinaison rationnelle des actions à mener, c'est à dire, prenant en compte les réalités du terrain. Il s'agit de définir le possible au regard du souhaitable* »

« *Ce n'est pas parce que la gestion des compétences n'est pas formalisée qu'elle n'est pas prise en compte dans la GRH. Communiquer sur les pratiques de management constitue un premier pas vers la formalisation* »

2.2.3 Organisation et gestion du temps

A) Lien entre gestion de l'activité des soins et gestion des compétences

▪ **Gestion quotidienne de l'activité : le plus souvent une gestion d'urgence assurée par les cadres et les cadres supérieurs**

« *Les cadres de proximité assurent la gestion de l'activité au quotidien, en fonction des moyens immédiatement disponibles, et ce, en lien avec les cadres supérieurs et les équipes médicales* »

« Certains cadres essaient d'optimiser la gestion des compétences au sein de l'unité mais il ne s'agit pas d'une démarche organisée et systématique »

- **Gestion anticipée des compétences, en lien avec l'activité, assurée par la direction des soins en collaboration avec les chefs de service**

« Nous déterminons la nature des postes liés à une activité spécifique : stérilisation, hygiène, prise en charge de la douleur, soins palliatifs, addictologie..., à une technique spécifique : bloc, laboratoires, imagerie, afin de développer les compétences spécifiques attendues »

B) Répartition des moyens humains / charge de travail

- **La logique de service prévaut sur la logique institutionnelle**

« Il y a peu de flexibilité et de mobilité interservices et, de ce fait, une moindre adaptation des compétences aux variations de l'activité »

« Nous avons cependant un projet de développer une logique institutionnelle en développant la flexibilité et en intégrant la notion de compétences »

- **Attribution des effectifs à partir de données théoriques**

« Les moyens humains sont affectés à partir de ratios lits / population traitée et ne font pas l'objet de modifications selon l'activité »

- **Mesure de l'activité, déficiente**

« La quasi-absence d'indicateurs de soins précis freine l'adéquation des moyens humains en fonction de l'activité »

- **Des structures de remplacement intervenant peu / variations de la charge de travail**

« Il existe une mobilité-solidarité entre certaines équipes, donc une certaine polyvalence, malgré la réticence du corps médical »

« La polyvalence a ses limites du fait de la spécialisation croissante de certaines disciplines médicales, notamment chirurgicales »

« Les pools de remplacement (SICS) sont sollicités pour compenser l'absentéisme et non pas l'équilibrage des charges de travail entre les services »

« Il appartient au DS de développer une culture de la mutualisation des moyens humains entre les services. Pour cela, la formalisation de règles transparentes est indispensable »

« L'absentéisme est géré par les cadres supérieurs sans réelle réflexion sur l'activité. Ils y passent beaucoup de temps et organisent, le plus souvent, une mobilité quantitative au coup par coup »

2.2.4 Communication-Coordination-Concertation

A) Les modes de communication au sein de l'établissement

- **Diffusion verticale (ascendante et descendante) et latérale (inter services) facilitée si l'établissement est de « taille humaine »**

« Il est possible de concilier les modes formels et informels dans les structures de dimension humaine, du fait du nombre identifiable de partenaires, de la géographie... »

« Communiquer nécessite un investissement permanent et beaucoup de disponibilité »

« La complexité des structures, de type CHU, entraîne une multiplicité des circuits d'informations et, de ce fait, des phénomènes de surinformation synonymes de désinformation »

« L'encadrement constitue une courroie efficace de transmission entre les services et la direction »

- **Une bonne communication influence la qualité du service rendu**

« Lorsque l'encadrement peut communiquer facilement (besoins, difficultés...) et rapidement (peu d'intermédiaires) il semble que la qualité du service rendu est supérieure car il y a réactivité et compréhension »

« Afin de ne pas plaquer l'information, il est nécessaire de démontrer les liens entre les projets afin de contribuer à la mise en œuvre de plans d'actions concrets au service du malade »

B) Importance du rôle du DS en matière de communication

« Il appartient au DS d'établir un climat de confiance pour que les informations soient fiables et atteignent leur cible. Il est important de parler vrai, donc de communiquer selon sa personnalité. Le DS est acteur de sens et créateur de lien »

« La disponibilité, l'écoute ne suffisent pas. Il y a aussi une sensibilité, à l'environnement et à ce qui se passe, à prendre en compte »

« L'existence d'une cellule de communication et/ou de veille facilite la mise à jour des informations et évite leur surabondance »

« De nombreux outils de communication sont à la disposition du DS : courrier électronique, réunions, journées d'accueil, journaux internes, feed-back ... »

2.2.5 Formation

A) Formation comme outil de management

- **Formation encore insuffisamment utilisée comme levier de management des compétences**

« Seuls, certains cadres utilisent la formation comme outil de management :

- formations actions pour faciliter la mise en œuvre de projets de services
- formations individuelles pour améliorer le niveau de compétences d'un agent
- évolution des techniques... »

« La formation est encore utilisée comme facteur de paix sociale ou de ressourcement. Cela permet aux personnels épuisés de prendre l'air »

- **Formation rarement contractualisée**

« Le personnel part en formation sans qu'il y ait eu formalisation des objectifs à atteindre. Cela limite considérablement le transfert au reste de l'équipe »

« La contractualisation reste de nature administrative, c'est à dire, réservée aux promotions promotionnelles et aux congés individuels de formation professionnelle »

« L'évaluation de la formation reste un vœu pieux ! d'où le moindre retour sur investissement des formations dispensées »

B) Bonne accessibilité à la formation

« Les budgets formation permettent un bon accès des personnels à la formation. Ce sont plutôt les problèmes d'effectifs sur le terrain qui réduisent les départs en formation, parfois même à la dernière minute ! »

« Les plans de formation sont élaborés avec équité et après concertation d'un grand nombre d'acteurs, dont les partenaires sociaux »

« La répartition des budgets en fonction des différentes catégories de personnel se fait sans heurts »

« Il faut vérifier que la démarche ascendante de recueil de besoins sur le terrain est bien respectée. Une seule démarche descendante n'est pas souhaitée et souhaitable »

« Les DS ont à collaborer efficacement avec la DRH et les services formation pour saisir les opportunités, qui leur sont offertes, en matière de développement et d'accompagnement des ressources humaines au service du projet de soins »

2.3 L'analyse globale des données

Outre le diagnostic, l'analyse de données s'appuie également sur l'observation, la lecture documentaire de même que notre expérience professionnelle. Plusieurs points peuvent être mis en exergue.

S'agissant de la **stratégie d'action relative à la gestion des ressources humaines**, une collaboration efficace entre le DRH et le DS est énoncée comme une nécessité absolue par l'ensemble des directeurs des soins rencontrés, ce qui témoigne de leur volonté d'agir en complémentarité au sein de l'équipe de direction. Cette stratégie semble toutefois interdépendante des budgets alloués, le budget du personnel soignant représentant en moyenne 50% du budget d'exploitation. A ce titre, il est impératif qu'il soit utilisé à bon escient, c'est-à-dire, que les personnels de soins détiennent les compétences requises au regard de la qualité de soins attendue et, par ailleurs, qu'il soit réparti en fonction de l'activité des services et de la variabilité de la charge de travail. Il est toutefois intéressant de noter que si les contraintes budgétaires sont vécues comme un poids sur la gestion des ressources humaines, elles sont également considérées comme une opportunité de reconsidérer l'organisation et comme un moyen de favoriser le décloisonnement des services.

Quant à la gestion des compétences, en tant que telle, elle n'est pas clairement affichée comme levier de performance économique et sociale, malgré les choix de gestion y contribuant assez largement.

Les questions relatives au **management** ont fait l'objet de nombreux commentaires. Les pratiques managériales des cadres de proximité et des cadres supérieurs présentent des similitudes. Elles sont globalement hétérogènes, pilotées a minima et fondées sur des conceptions individuelles du management des ressources humaines. Elles s'avèrent, par ailleurs, insuffisamment anticipatrices des évolutions à accompagner.

Il appartient au directeur des soins de clarifier les missions des uns et des autres, afin d'éviter les chevauchements d'activités. La fonction d'expertise transversale du cadre supérieur reste à développer, de même que son rôle de « collaborateur privilégié » du directeur des soins. Inscire l'encadrement soignant dans une logique de management des ressources humaines demande au directeur des soins de la conviction en la matière et de l'énergie. Pour ce faire, quelle posture doit-il adopter pour « mobiliser ses troupes » et les faire adhérer aux différents projets les concernant directement et surtout indirectement?

La question du sens semble sous-jacente et, de ce fait, la nécessité d'opérer des liens, afin que l'encadrement comprenne et intègre la portée stratégique des enjeux institutionnels. C'est dans ce contexte, de nature systémique, que la mise en place de méthodes et outils de pilotage portera ses fruits. En effet, cette mise en place ne constitue pas une finalité, en tant que telle, mais vise à servir la ou les finalités institutionnelles édictées, notamment au travers du projet d'établissement. La confusion des finalités risque fort d'annihiler le réel levier de performance que constituent les méthodes et outils de pilotage. Il s'agira de rendre chaque collaborateur plus professionnel dans son rôle et sa fonction, de par ses capacités à évoluer et décider dans un environnement incertain.

En ce qui concerne **l'organisation et la gestion du temps**, la logique de service prévaut encore sur la logique institutionnelle, induisant une moindre mobilité interservices et une moindre adaptation des effectifs aux variations de la charge de travail. En d'autres termes, la microculture de service prévaut encore sur la macroculture hospitalière. Une évolution des mentalités et des comportements est toutefois bien amorcée, car la participation régulière des équipes à des projets transversaux favorise les échanges interprofessionnels et, de ce fait, une réflexion sur les interfaces, source de progression collective.

L'organisation doit être conçue, non plus comme un fonctionnement stabilisé pérenne, mais comme un fonctionnement construit sur des projets à « durée de vie déterminée » qui se succèdent au service de la politique hospitalière.

La gestion de l'activité des soins est partiellement corrélée à une gestion anticipée des compétences. Diverses structures de remplacement, de type SICS³⁰, jouent bien leur rôle et contribuent ainsi à réguler les problèmes d'absentéisme. Cependant, elles n'interviennent que très peu pour compenser les variations de charge de travail au sein d'une unité, les mesures de l'activité demeurant, à ce jour, insuffisantes.

Les modes de communication sont, quant à eux, estimés satisfaisants lorsque l'établissement est de « taille humaine ». La complexité et le gigantisme des gros établissements freinent, en revanche, la qualité de la communication. La variété et la technicisation des outils de communication compensent, en partie, ce frein. Là encore, la gestion par projet apporte sa pierre à l'édifice, de par les gains du travail en pluridisciplinarité construite, notamment, sur un langage partagé, vecteur de communication interne et externe.

S'agissant de **la formation**, elle s'avère, en fait, être tout à fait accessible aux personnels, de par l'élaboration de plans de formation intégrant les besoins individuels et collectifs. Il

³⁰ SICS : Service infirmier de compensation et de suppléance

apparaît que l'encadrement ne présente pas son utilisation en tant qu'outil de management formel, mais il semble, néanmoins, l'utiliser comme outil de management informel. La nature même de la mission de l'hôpital nécessite une adaptation constante des pratiques quotidiennes et, de ce fait, des compétences requises. La formation s'inscrit dans une dynamique managériale, visant à rendre l'organisation hospitalière plus formante, de par le transfert des acquis de la formation entre les formés et les autres membres de l'équipe et, d'autre part, plus qualifiante, de par la promotion professionnelle et/ou le développement d'expertises spécifiques.

3 PRECONISATIONS

3.1 Professionnaliser le management du système de soins et des relations humaines

Chacun sait que le principal enjeu de l'hôpital consiste, comme toute autre entreprise, à évoluer dans un environnement incertain, ce qui l'oblige à se positionner tant sur le plan stratégique, au regard de la concurrence externe, que sur le plan de la dynamique "ressources humaines" interne. La réduction des coûts constitue, certes, un élément du changement nécessaire, mais sont tout aussi importants, le déploiement stratégique et le changement culturel. Cette situation oblige les équipes de direction, dont les directeurs des soins, à caler leurs systèmes de représentation sur la réalité complexe et multiforme à laquelle elles appartiennent. Il est ainsi du ressort des directeurs de soins de développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital. **Il s'agit de parvenir à une culture hospitalière plus partagée, au sein de laquelle direction, médecins et soignants acceptent de devenir partenaires d'une institution publique, sans faire l'impasse sur l'organisation, les modes de bonne gouvernance hospitalière et l'économie de la santé.** Il ne s'agit pas de subordonner le soin à l'administratif."³¹

Le « passage » d'une approche centrée essentiellement sur le **contenu** de l'action à une manière de faire qui intègre également le **processus** et le **sens** s'avère incontournable.

3.1.1 Intégration de la trilogie "contenu-processus-sens"³²

A) Contenu ...

Le contenu vise à répondre aux questions **Quoi? Où? Qui?** de manière à proposer, in fine, la solution la plus opportune au regard des réponses obtenues. Ce **contenu** est le plus souvent formalisé de façon unilatérale, sans réelle collaboration avec les acteurs concernés par la mise en œuvre de la solution proposée. Dans ce cas, le directeur des soins, bien que convaincu de sa proposition, risque fort la non adhésion des personnels et, de ce fait, la non mise en œuvre attendue. Cette approche fait de lui un "**responsable hiérarchique expert**".

Il fonctionne dans une logique Taylorienne centrée sur les contenus techniques et va ainsi :

- nommer les membres des groupes projet

³¹ (M) ALLAFORT : "Lettre CISTE, juin 2003

³² (V) LENHARDT et (M) MACK : "A partir du sens, la création de valeur", Revue MCS n° 524, 19 janvier 1998

- désigner les responsables des groupes auxquels il délègue la responsabilité de la mise en œuvre des projets
- donner des délais
- assigner le cahier des charges
- donner des moyens

L'organisation est conçue comme une entité mécanique. Le groupe de projet (B) est distinct du donneur d'ordre (A), sans réelles interactions.

Il s'agit d'un lien de causalité linéaire : A est la cause de B qui en est l'effet.

B) Processus-contenu ...

Si ce même directeur de soins fait évoluer son approche pour y intégrer la notion de processus, il répond alors à la question **Comment?**

Il va ainsi fonctionner dans un modèle "**processus-contenu**" en vue d'un résultat final de mise en application de solutions par les acteurs concernés. Il choisit ses interlocuteurs à bon escient, réalise un travail de co-élaboration des solutions, en fonction des problèmes à résoudre, des circonstances, des personnalités en présence. Le directeur des soins se situe ainsi comme "**responsable-ressource**".

Il a conscience que le management des groupes de projets ne peut se faire sans un véritable accompagnement de sa part, stratégique et opérationnel et va ainsi :

- intervenir au niveau des interfaces internes entre le groupe et le reste de l'organisation, notamment en ce qui concerne les contraintes liées à la double dépendance : hiérarchique et chef de projet
- assurer son rôle de facilitateur et d'arbitre vis à vis des interfaces extérieures
- gérer le processus d'accompagnement relatif à la vie interne des groupes de projet

L'organisation est conçue comme un système dont tous les éléments sont en interaction. Le groupe projet (B) interagit avec le responsable-ressource (A).

Il s'agit d'un lien de causalité circulaire : A et B sont en même temps cause et effet.

C) Sens-processus-contenu

Si enfin, il répond, en première intention, à la question **Pour Quoi? Pourquoi?** à savoir les finalités, les enjeux, les priorités donc le sens ...il intègre la trilogie "**sens-processus-contenu**" en offrant un espace de création, de co-responsabilité, d'identité, modifiant la nature même des relations entre les hommes. Le directeur des soins devient alors "**responsable porteur de sens**" en créant les conditions d'adhésion et de partage, en permettant aux acteurs de donner du sens à leur propre action.

Il veille à ce que les finalités des projets soient explicitement reliées à la finalité globale de l'organisation et va ainsi :

- intégrer les enjeux de l'organisation au sein des enjeux relatifs à chaque projet

- développer une étroite communication entre l'ensemble des acteurs et les co-élaborateurs des projets

" Le groupe de projet est dans l'entreprise et l'entreprise dans le groupe de projet".

Dans ce cas, le directeur des soins n'est pas le seul responsable-ressource et donneur de sens car tous les membres de l'équipe dirigeante le sont aussi, en complémentarité (directeur de l'établissement, directeurs des ressources humaines, directeur des affaires économiques, directeur des services financiers ..., chefs de service médicaux, autres directeurs des soins ...). Chaque dirigeant se met au service du projet afin de résoudre toute difficulté susceptible de gêner l'avancée du projet par le groupe ad hoc .

"Un véritable changement identitaire des dirigeants, individuellement et collectivement, est nécessaire pour qu'ils apprennent à devenir des responsables-ressources sans perdre leurs compétences de donneurs d'ordre et leur responsabilité de contrôle.

L'organisation est de nature holomorphique, à savoir que le tout est dans la partie et la partie dans le tout. "L'entreprise est dans la personne et la personne est dans l'entreprise. Ainsi chaque acte de management, individuel ou collectif, peut contribuer à développer ou à **bloquer l'entreprise**".

Il s'agit d'un lien de causalité récursive : A et B sont à la fois cause et effet, mais en plus paradoxalement inclus l'un dans l'autre.

	Contenu	Processus-contenu	Sens-processus-contenu
Niveau d'identité du responsable	Responsable "donneur d'ordre"	Responsable "ressource"	Responsable "donneur de sens"
Représentation de l'organisation	Mécanique	Systémique	Holomorphique
Type de causalité	Linéaire	Circulaire	Récursive

3.1.2 Le développement de l'intelligence collective

Les équipes dirigeantes qui adoptent un raisonnement "sens-processus-contenu" osent la confiance sans pour autant occulter leur rôle de prise de décision, de contrôle ...

Il appartient au directeur des soins de considérer l'organisation comme un système ouvert et créateur de valeur, de potentiel ...et non comme une structure figée et fermée. L'hôpital évolue vers une organisation en réseau, au sein duquel les individus et les équipes doivent s'autoréguler et mettre en phase "leur intelligence" et leurs actions pour accomplir ensemble

la finalité du système. La performance du système est fonction de la relation entre les parties (unité de soins, médico-techniques...) et l'ensemble du système hospitalier.

"L'intelligence collective est répartie dans l'ensemble du système. L'équipe de direction en détient une partie, mais les autres acteurs, tels que les médecins et les soignants, en détiennent une également (logique de la co-responsabilité et de la subsidiarité). Le système fonctionne grâce à la conjugaison des intelligences individuelles qui se fusionnent en intelligence globale. L'intelligence collective est intégratrice et met en œuvre non seulement l'intelligence de la tête (pensée rationnelle) mais aussi celle du cœur (intuition), c'est à dire la perception fine des sentiments, des besoins et des attentes de l'autre."³³

Cette approche est tout à fait adaptée à l'univers hospitalier, complexe, riche de par la diversité de ses métiers et soucieux de prodiguer la meilleure offre de soins possible à la clientèle hospitalière.

A contrario, l'intelligence centralisée, plus traditionnelle, consiste en une démarche descendante née des structures pyramidales. Le sommet s'inscrit dans une **logique d'obéissance**. Il :

- effectue les choix
- les met en œuvre en donnant des ordres
- vérifie l'application des directives
- si besoin, prend des mesures correctives.

La mission de coordination des différents métiers du soin, par un directeur des soins coordonnateur général, vise à faire passer les acteurs de soin du corporatisme à la complémentarité.

"Ceci doit conduire à une responsabilité solidaire médecins / hôpital dès lors que deux conditions sont clairement remplies :

- le respect adapté des bonnes règles institutionnelles de la part des cliniciens
- la fourniture aux cliniciens de ressources et de moyens adéquats par l'institution hospitalière

Il serait intéressant de faire travailler ensemble, sur tous les sujets conditionnant l'avenir du soin, le personnel de direction, les médecins, les soignants, afin de comprendre les cultures réciproques et d'articuler les responsabilités³⁴

³³ (V) LENHARDT et (M) MACK : "A partir du sens, la création de valeur", Revue MCS n° 524, 19 janvier 1998

Il convient ainsi de faire comprendre et partager les modes de management, au travers d'outils rationnels et efficaces, visant, de par le management des compétences et des activités, à rechercher une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

3.2 Professionnaliser le management des cadres soignants

Valoriser le potentiel humain par la compétence et l'implication des personnels demande au directeur des soins de mobiliser ses cadres supérieurs et cadres de proximité en les dotant, notamment, d'outils de management pertinents.

3.2.1 Le management des compétences : une logique de progrès

Il appartient à l'encadrement de valider les compétences formalisées en termes de niveau d'acquisition. A partir de là, il peut assurer l'accompagnement des projets professionnels individuels et collectifs et **devenir un gestionnaire de ressources, dans l'intérêt réciproque de l'institution et des agents, au bénéfice du patient.**

Les progrès pour l'organisation consistent notamment, en :

- une clarification de l'organisation interne par un repérage des compétences attendues et des responsabilités associées
- une meilleure maîtrise des frais de personnels
- un assouplissement du fonctionnement avec la possibilité de mettre en place, à terme, une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, ou tout au moins dans un premier temps, une gestion des carrières intégrant les desiderata des agents.

Les progrès pour les agents sont étroitement liés à leur degré de participation dans la vie du service. En effet la prise en compte des potentiels, des intérêts et des résultats des agents d'une part, et la définition d'objectifs sous un mode négocié d'autre part, permettent :

- une implication des agents dans les projets du service
- un accroissement de la motivation individuelle et collective
- une hausse de la qualité relationnelle
- le développement d'un climat de confiance.

Le management des compétences s'inscrit dans un processus de changement itératif et apparaît pour tout cadre, qui souhaite évoluer dans son métier, comme un outil de pilotage et de mobilisation des personnes et des équipes. Selon Henri SAVALL³⁵, la nécessité du changement peut être appréciée à deux niveaux différents.

³⁴ (M) ALLAFORT : "Lettre CISTE, juin 2003

³⁵ SAVALL (H) : « Enrichir le travail humain : l'évaluation économique ». Préface de Jacques DELORS. Nouvelle Edition. Economica 1989. 275 pages, pages 134 et 135

- L'irréversibilité du processus global d'enrichissement des aptitudes est caractéristique de la situation actuelle. Les dispositifs d'éducation initiale, d'éducation parallèle, de la formation professionnelle et technique, institutionnalisés par les dispositions d'ordre légal et budgétaire... tendent à créer une situation nouvelle. Les aptitudes se développent en corollaire : c'est la résultante d'une double conjonction, celle des dispositifs de formation et celle du besoin d'apprendre. A savoir que le développement des aptitudes générales correspond à un développement des capacités d'adaptation à des situations nouvelles.
- Le développement d'ordre sociétal à l'intérieur des micro-organisations, tendant à penser que le progrès implique une meilleure harmonisation entre la vie de travail et la vie hors du travail. Le cadre est la personne-clé susceptible de réduire les incertitudes qui y sont liées. Une implication directe du personnel d'encadrement constitue un facteur de réussite des actions de changement de par leur intégration réelle dans la gestion des ressources humaines des établissements.

3.2.2 Le management des compétences : une logique contractuelle³⁶

L'encadrement, longtemps érigé en instance de planification, de contrôle et de transmission passive des ordres, devient une instance de dialogue et de négociation. A l'hôpital, le management des compétences entraîne un changement des cultures et des pratiques de l'encadrement. Le rôle du cadre de proximité s'élargit. Il devient gestionnaire en charge du bon fonctionnement du service, sur les plans qualitatifs et quantitatifs. Les préoccupations de gestion et de rationalisation des coûts ne sont plus le seul apanage des directeurs, mais doivent désormais s'inscrire, par le biais du cadre, dans l'activité quotidienne du service. L'évaluation des compétences participe, de fait, à cette rationalisation des coûts.

L'analyse des résultats, en termes de compétences, constitue le matériau nécessaire à l'élaboration des objectifs de progrès individuels et collectifs à atteindre. Ils font l'objet de contrats servant la politique de croissance et de qualité de l'hôpital, faisant notamment apparaître les moyens à promouvoir pour les atteindre. Dans cette logique, on cherche ensemble les réponses les plus adaptées à la situation vécue. C'est une gestion stratégique de la relation qui s'opère, impliquant une distanciation minimum du cadre face à ses agents.

³⁶ BESSEYRE DES HORTS (CH H) : « Gérer les ressources humaines dans l'entreprise – concepts et outils ». Les Editions d'organisation, 1990, 191 pages

BOSQUET (R) : « Fondements de la performance humaine dans l'entreprise ». Les Editions d'organisation, 1989, 130 pages

Manager les compétences, relève d'un processus continue d'évaluation, inscrit dans une stratégie globale de management. Le cadre aura à identifier les compétences requises, les évaluer, les transformer et faire ainsi émerger de la valeur.

L'évaluation des compétences se décline nécessairement par rapport :

- **à un noyau dur et évolutif** : le métier et le poste. Cet aspect de l'évaluation correspond à l'évaluation des **missions permanentes**. Il serait judicieux d'inscrire la pluricom pétence à ce niveau (étendue du champ d'action, nature, fréquence et rythme des activités, compétences requises, conditions d'exercice...).
- **à un engagement contractualisé** lors d'un entretien définissant les objectifs de l'agent. Il s'agit de l'évaluation des **missions annuelles**, définies en lien avec les projets de l'établissement, du service et les objectifs de l'agent. L'évaluation représente un temps fort d'articulation entre la logique individuelle des agents (évalués) et la logique collective du service.

On pourrait dire que la logique contractuelle à laquelle participe **l'évaluation du personnel**, revêt trois avantages pour l'établissement³⁷ :

- Elle responsabilise les acteurs et crée une certaine distance avec la hiérarchie. Elle constitue, par là même, une source de motivation.
- Par le rapprochement qu'elle induit entre les différents acteurs, elle favorise l'échange d'informations relatives au fonctionnement global de l'hôpital (enjeux, contraintes...). Elle est ainsi susceptible d'atténuer le cloisonnement existant entre les services.
- Démarche collective, dans la mesure où elle est adoptée par tous, elle est de nature à favoriser l'émergence de ce sentiment d'appartenance à une entité commune qui fait actuellement défaut à l'établissement.

Pour ce faire, il est de la responsabilité du directeur des soins de proposer aux cadres des outils facilement utilisables afin que ces derniers soient les vecteurs d'accompagnement du changement auprès de leurs équipes respectives.

3.2.3 Le management des compétences : une logique d'outils d'aide à la décision

Michel CREMADEZ a la conviction qu'adapter l'hôpital à un contexte socio-économique plus contraignant, sans dénaturer sa spécificité organisationnelle et culturelle, exige aujourd'hui de passer de l'administration au management stratégique. Les projets de services, projets médicaux et projets d'établissements, peuvent à terme fonder la solidarité entre les différents acteurs de l'hôpital. La coexistence de logiques distinctes doit être prise en compte, afin que

³⁷ MARTIN (MJ) : « La mise en place d'un système d'évaluation du personnel au centre hospitalier de Pontoise : méthode, outils, enjeux ». Mémoire Ecole Nationale de la Santé Publique, formation d'élève directeur, décembre 1991, 88 pages, p 16.

l'hôpital puisse remplir, au mieux, sa mission de soins. « Cette intégration est tributaire de l'émergence de nouveaux comportements car souvent, la satisfaction des buts de l'organisation est assimilée par la plupart de ses membres, à la simple résolution de leurs difficultés³⁸ ». Pour des raisons éthiques, sociologiques et économiques, l'hôpital a à optimiser son capital de compétences, afin d'éviter les risques d'érosion du professionnalisme de ses personnels. Le management socio-économique proposé par H. SAVALL peut aider les hôpitaux à accéder à une plus grande maturité stratégique et organisationnelle, notamment par l'utilisation d'une grille de compétences .

A) La grille de compétences, un outil stratégique de gestion

La grille de compétences constitue un outil de management³⁹ pour le cadre dans la mesure où elle permet de répondre aux besoins spécifiques du service en termes de compétences, le développement de la performance des équipes y étant fortement corrélée. En tant qu'interlocuteur privilégié, le cadre se servira de cette grille pour expliciter sa stratégie.

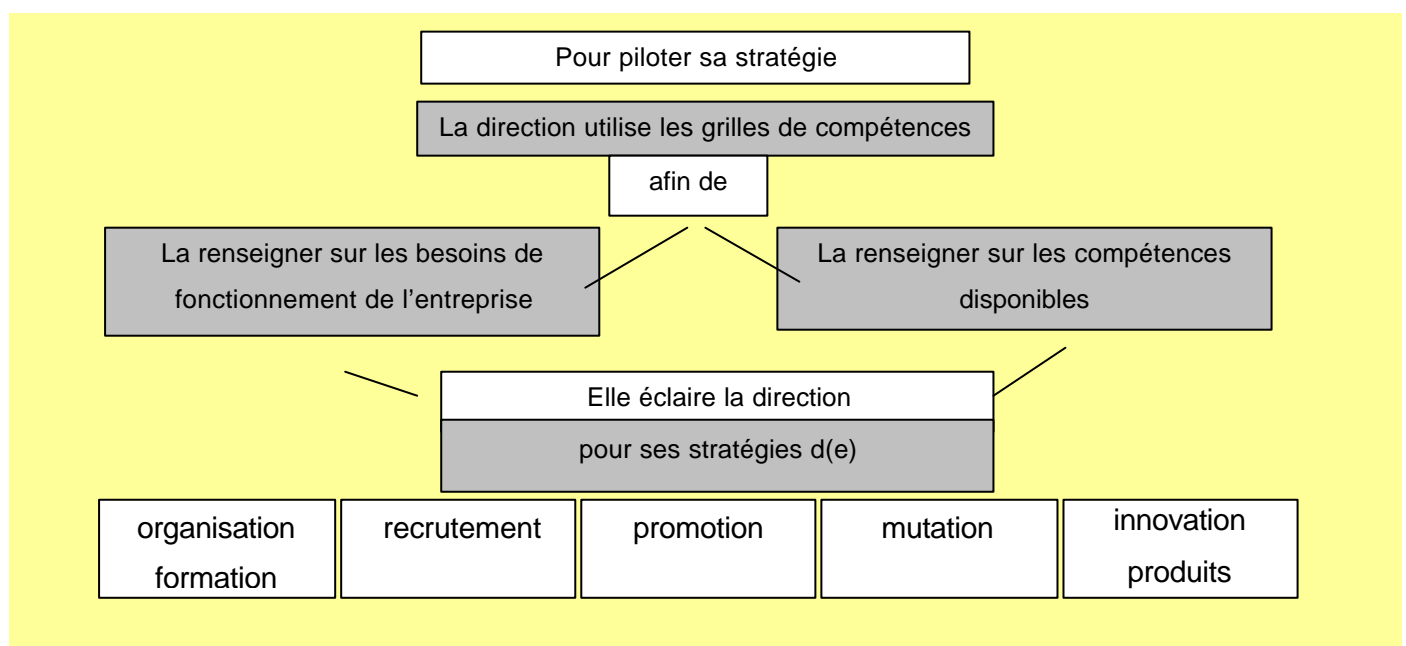


Figure 3 : Les objectifs de la grille de compétences (Source ISEOR)

Les applications de la grille de compétences sont notamment :

³⁸ CREMADEZ (M), en collaboration avec François GRATEAU : « Le Management Stratégique Hospitalier », Interéditions, 1992, 319 pages, p 40

³⁹ SAVALL (H), ZARDET (V) « Maîtriser les coûts et les performances cachés » p 163 à 168

- Le diagnostic des compétences
- L'élaboration de programmes de formation
- L'évaluation de l'accroissement des compétences
- Le diagnostic du potentiel stratégique en cas d'évolution des produits ou services, des technologies, des marchés, de l'organisation de l'entreprise

Il est recommandé que les cadres de proximité puissent détecter et gérer leurs besoins en compétences, donc en formation. Les **grilles de compétences permettent de visualiser les compétences disponibles ou non**, et de mettre en exergue **les zones de vulnérabilité**, ce qui constitue une aide précieuse pour le cadre, car elles ne font pas l'objet d'une représentation mentale mais d'une situation effectivement observée. Ce diagnostic des compétences peut ainsi favoriser l'émergence d'un dialogue avec chacun, plus constructif et positif, basé sur une volonté commune d'agir pour une meilleure performance, compte-tenu des défaillances mises à nu. La grille ne présente pas seulement un intérêt diagnostic. Elle a également le mérite d'inciter le cadre à se projeter dans l'avenir. Il ne suffit pas, en effet, de décrire les pratiques professionnelles actuelles, il est important d'envisager celles qui sont à développer à l'avenir, qu'il soit plus ou moins proche. La grille de compétences est un outil d'analyse intéressant par la prise en compte des évolutions technologiques, organisationnelles et sociales.

Elle offre par ailleurs le moyen de pratiquer un **bilan interactif** continu. Le constat initial, relatif à la situation de l'agent et de l'équipe, s'inscrit dans une optique de « situation projetée à atteindre » et se situe ainsi à la base du projet collectif. Ce dernier, décliné en un certain nombre d'objectifs, vise la réduction des écarts analysés par l'atteinte d'acquisitions nouvelles. Ce premier constat définit un socle de références.

Pour être vivante, la grille de compétences doit être consultée et **mise à jour régulièrement**. En effet, cet outil de management est un outil de gestion « de l'équilibre instable, permanent et naturel » de toute organisation, donc un instrument de cohérence. Cette grille n'est pas seulement descriptive mais aussi explicative des tâches mal assumées. Elle alerte sur les insuffisances de compétences, génératrices de dysfonctionnements (défaut de qualité,...) et guide le choix des actions curatives. Quant aux évolutions d'emploi envisageables, elle guide aussi sur la nature de l'accompagnement préventif à mettre en place.

Le pilotage des compétences améliore l'efficacité de l'institution. La grille de compétences, créée par Henri SAVALL⁴⁰, se présente comme suit :

⁴⁰ (H) SAVALL, (V) ZARDET « Maîtriser les coûts et les performances cachés », p 87

GRILLE DE COMPETENCES D'UN SERVICE																						
Activités	Opérations existantes										Savoir-faire existants					Savoir-faire nouveaux			Polyvalence	Formations à prévoir	Observations	
	gestion sécurité					gestion développement																
Acteurs	GS 1	GS 2	GS 3	GS 4	GS 5	GD 1	GD 2	GD 3	GD 4	GD 5	SFE 1	SFE 2	SEF 3	SFE 4	SFE 5	SFN 1	SFN 2	SFN 3				
SERVICE : Bloc Opérateur	Aide activités chirurgicales	Utilisation des matériels	Préparation du malade	Stérilisation du matériel	Gestion du tableau opératoire	Gestion administrative de l'activité	Gestion budgétaire des stocks	Gestion des visiteurs	Interventions en institut de formation	Audit interne de qualité	Elaboration de procédures et protocoles	Suivi technique des matériels	Expertise en hygiène	Coordination avec les services	Encadrement des stagiaires	Conduire des autoévaluations	Méthodes pédagogiques	Principes de gestion comptable	Repérage du degré de polyvalence intraservice (vulnérabilité des acteurs inversement proportionnelle)	Identification des formations individuelles et collectives à mettre en place	Explication / degré de vulnérabilité mis en exergue	
IDE 1	■	■	▣	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Forte		
IDE 2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Moyenne		
IDE 3	■	▣	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	○	■	■	■	■	■	■	Faible		
IDE 4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	○	■	■	■	■	■	■	Nulle		
IDE 5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Très forte		
Repérage du degré de vulnérabilité par activité	Null	Faible	Moyenne	Forte																		
	■ Bonne connaissance théorique et pratique courante ou occasionnelle																					
	▣ Connaissance des principes avec pratique occasionnelle																					
	□ Connaissance des principes sans pratique																					
	- Ni connaissance théorique, ni pratique																					
	○ Formation à réaliser																					

Figure 4 : la grille de compétences (Source ISEOR)

Les opérations sont renseignées, par nos soins, à titre d'illustration.

Il appartient au supérieur hiérarchique direct de renseigner la grille, selon diverses rubriques.

a) Les activités déclinées en sous-critères

Les opérations existantes ou activités : elles correspondent au regroupement de tâches élémentaires réalisées par une même personne pour atteindre le résultat nécessaire à la mission de l'unité. Deux types d'opérations sont distingués :

- Les opérations de gestion sécurité, correspondent à l'ensemble des opérations courantes visant à obtenir une sécurité d'exploitation suffisante. Elles sont effectuées pour permettre la survie à court terme de l'entreprise et apportent une contribution directe aux résultats finaux de l'entreprise.
- Les opérations de gestion développement permettent de réaliser des objectifs de développement à moyen terme. Elles favorisent la création de potentiels humains, financiers, technologiques... de même que l'amélioration de l'efficacité de l'entreprise.

Les savoir-faire existants : ils représentent des capacités particulières favorisant la réalisation de certains aspects de l'activité et utilisables dans certaines occasions. Ils sont à repérer pour en user en cas de besoin. Exemple : pratique de l'anglais...

Les savoir-faire nouveaux, à créer : ils correspondent à une évolution souhaitée de l'organisation du travail. Exemples : la connaissance de logiciels informatiques, de nouvelles technologies, de nouvelles méthodes de travail ...

Les formations à prévoir : la grille de compétences permet une vue synoptique des formations nécessaires en fonction des opérations et des personnes. Elle est à la base du recueil de besoins indispensables à la constitution d'un plan de formation intégrée.


Les observations : cette colonne contribue à la pertinence de la grille de compétences :


- pour le supérieur hiérarchique qui peut mentionner des informations utiles à la compréhension de l'ensemble, par exemple, noter qu'un membre de l'unité ne peut effectuer certaines tâches pour des raisons de santé.
- pour les tiers qui interprètent ainsi plus facilement la grille. Le fait d'avoir notifié le peu d'ancienneté d'une personne peut éclairer sur son faible degré de compétences et légitimer sa situation. La colonne « observations », contribue ainsi à la qualité et à la richesse des informations collectées, favorise l'appropriation de la grille par le terrain et enfin facilite l'adaptation de la grille aux besoins de l'entreprise.


b) Les acteurs

Chaque personne d'une même unité figure sur la grille de compétences. Après avoir identifié les activités et les acteurs, le supérieur hiérarchique effectue une cotation, personne par personne, opération par opération. Coter c'est s'interroger sur la qualité de la réalisation effective de l'opération et non pas sur les capacités potentielles de l'individu pour l'exécution éventuelle de l'opération. L'opération effective correspond donc à un fait concret et observable et non pas à une hypothèse.


Pour ce faire, le supérieur hiérarchique dispose de 4 symboles principaux :

 Bonne connaissance théorique et pratique courante ou occasionnelle. Cette cotation signifie qu'il est possible de demander à la personne de faire cette opération, elle le fera bien sans défaut de qualité, de façon autonome, à un rythme jugé normal, dans des délais jugés normaux

 Connaissance des principes mais pratique occasionnelle. Cette cotation signifie que la personne réalise l'opération mais l'exécution n'est pas parfaite. Il peut y avoir des défauts de qualité, des délais trop longs, un manque d'autonomie (demande d'aide)

 Connaissance des principes sans pratique Cette cotation signifie que la personne sait, dans les grandes lignes, comment réaliser cette opération, mais ne l'a jamais pratiquée.

— Ni connaissance, ni pratique

 Formation à planifier pour l'opération dont la personne n'a ni connaissance, ni pratique. Ce signe distinctif est utilisé en superposition des symboles vus précédemment

c) *L'analyse des compétences*

La grille, une fois renseignée, permet de visualiser par son degré de noircissement, l'état des compétences disponibles dans une unité. Cette analyse est réalisée sous deux angles:

- **une lecture verticale** de la grille, par opération, permet au responsable hiérarchique de mesurer le degré de vulnérabilité du groupe face aux aléas : absence, surcroît d'activité...
- **une lecture horizontale**, permet d'évaluer le **degré de polyvalence** individuelle de chaque personne qui s'explique par son adéquation formation-emploi.

Cette grille, réel outil de management du cadre peut constituer un support lors des entretiens individuels. (**En annexe 4, un exemple de transfert d'utilisation de la grille de compétences à un groupe de cadres**)

B) L'articulation de la grille de compétences avec d'autres outils de management

a) *La grille de compétence : un atout du plan d'actions prioritaires*

Le plan d'actions prioritaires représente un inventaire concerté des actions à réaliser sur une période de 6 à 12 mois, en lien avec la mise en œuvre du projet d'établissement et de sa déclinaison. C'est un outil technique **d'ordonnancement des actions prioritaires pour réussir la mise en œuvre stratégique** et lutter contre la dispersion des acteurs de l'unité. Son articulation avec la grille de compétences favorise l'élaboration du plan de formation.

- Objectifs stratégiques de l'institution = Exigence d'une création de potentiel en compétences pour une activité donnée
- Mise en exergue de cette volonté dans le plan d'action prioritaire des cadres
- Insertion des indicateurs pertinents dans le tableau de bord de pilotage / actions prioritaires
- Utilisation de la grille de compétences pour visualiser le niveau de compétences du personnel
- Mise en évidence de la vulnérabilité du service sur certaines compétences requises
- Besoins de formation spécifiques identifiés au sein des unités
- Conception et réalisation des actions de formation
- Modification de la nouvelle grille de compétences par les effets de la formation
- Réajustement si nécessaire par le biais d'actions correctives etc....

Figure 5 : Articulation plan d'actions prioritaires, grille de compétences et formation

b) *La grille de compétences : un élément du tableau de bord de pilotage (TDBP)*⁴¹

Le tableau de bord de pilotage est un instrument d'aide à l'encadrement pour mieux assumer sa fonction de gestion et de pilotage. à très court terme, et stratégique : à moyen et long termes.

Les dysfonctionnements de mise en œuvre stratégique sont fréquemment mis en évidence auprès des populations d'encadrement. Ils représentent les écarts entre les objectifs ou intentions stratégiques fixés par la Direction Générale et les réalisations effectives. En effet, le pilotage stratégique qui consiste à ajuster et à rendre compatible l'activité quotidienne de l'institution avec ses objectifs stratégiques est souvent jugé par l'encadrement comme une tâche mal assumée. Le fonctionnement courant, la régulation des dysfonctionnements envahissent le temps de travail du cadre qui gère ainsi dans la précipitation.

La prise en compte des objectifs stratégiques de la direction dans le tableau de bord aide le cadre à mieux analyser le fonctionnement de sa zone de responsabilité. La grille de compétences lui servira d'outil de différenciation pour le choix des personnes qui bénéficieront, par exemple, de formations qualifiantes ou d'actions d'enrichissement du contenu du travail.

Le tableau de bord de pilotage permet de mesurer, d'évaluer, de suivre la réalisation des actions et de surveiller les paramètres sensibles des activités opérationnels et stratégiques. Il favorise ainsi la performance économique.

La performance économique d'une entreprise est définie dans l'analyse socio-économique par deux composantes :

- **Les résultats immédiats** de la période qui affectent concrètement et directement le compte de résultat de l'exercice en cours. Les tableaux de bord existants ne comportent, le plus souvent, que les coûts et les performances visibles. Il est intéressant d'y inclure les coûts et performances cachés, non recensés habituellement dans le système d'informations traditionnel.
- **La création de potentiel** représente les actions et les résultats intermédiaires dont les impacts, positifs sur le compte de résultat, n'apparaîtront pleinement et clairement que lors d'exercices ultérieurs. Les actions de formation, par exemple, constituent une création de potentiel dans la mesure où l'institution attend des effets, dépassant l'exercice en cours, sur l'amélioration de la qualité et de la productivité. Pourtant, cette même action de formation aura eu des effets directs sur l'accroissement des coûts de l'exercice en cours (coût de la formation, frais de personnel, d'hébergement, sous-productivité liée à son départ en formation...).

⁴¹ SAVALL (H), ZARDET (V) : « Maîtriser les coûts et les performances cachés », p 13 à 91

SAVALL (H), ZARDET (V) « Ingénierie stratégique du roseau », p 330 à 409

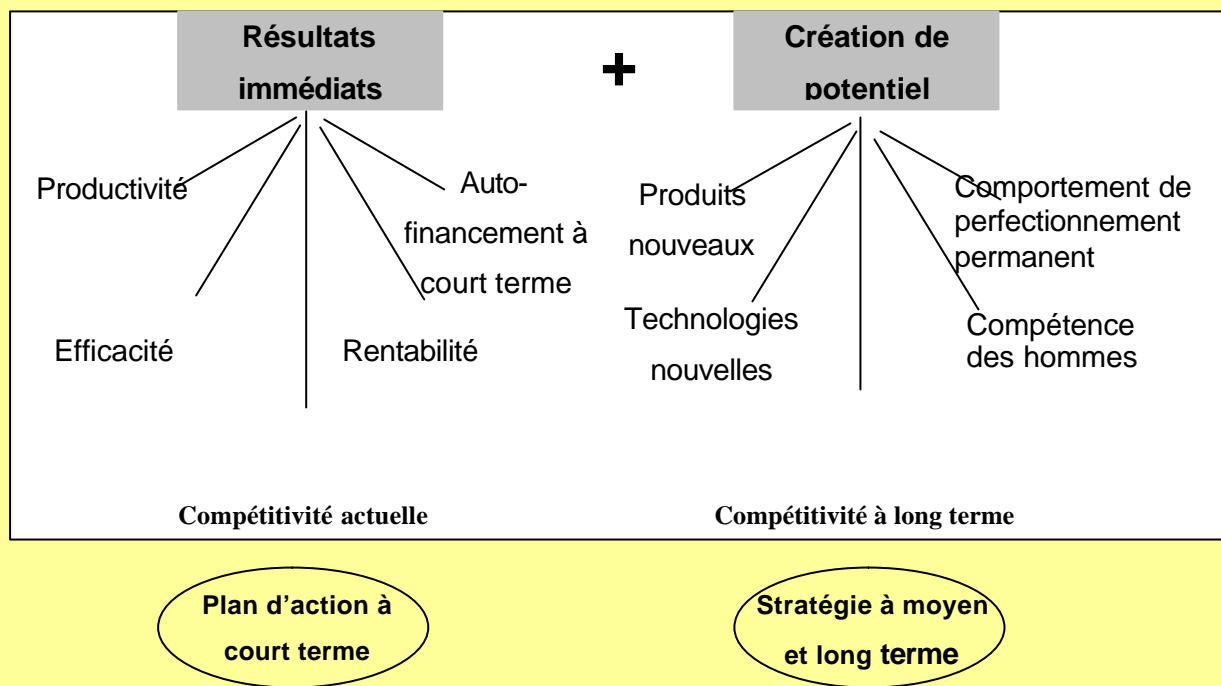


Figure 5 : la performance économique (Source ISEOR)⁴²

Il existe une interaction permanente des outils socio-économiques. La grille de compétences autorise l'analyse des écarts en compétences. Les décisions d'amélioration prises vont alimenter de façon concomitante le plan d'actions prioritaires (PAP) et le tableau de bord de pilotage (TDBP). Cette synergie interactive des outils constitue un réel levier de management. Les outils socio-économiques sont des outils de pilotage et de management, facilitateurs d'une démarche volontariste, et non pas autoritariste, des cadres, pour une meilleure gestion tant des ressources humaines que des organisations. Pour ce faire, il est intéressant de les utiliser à bon escient et de se les approprier, en les faisant évoluer. L'outil n'est utile que s'il sert une finalité clairement définie. Il n'est pas une finalité en soi.

"L'objectif est de donner aux cadres les moyens de gérer l'imprévu et de réguler, autant que faire se peut, les aléas et incidents inhérents à l'activité de soins. Ne pas prendre en compte la variabilité, c'est rentrer dans une logique d'appauvrissement et de déshumanisation du travail soignant; A contrario, se confronter collectivement à l'incertitude, c'est rentrer dans une logique d'apprentissage et d'organisation qualifiante."⁴³

Ces outils contribuent à la capitalisation de l'expérience collective et au partage des bonnes pratiques. Inscrits dans une démarche qualité ouverte, ils deviennent un point de repère pour

⁴² Schéma extrait du livre « Maîtriser les coûts et les performances cachés » H. SAVALL et V. ZARDET, p 74

⁴³ (M) ALLAFORT : Lettre CISTE, juin 2003

l'exercice de l'autonomie de chaque professionnel et une garantie d'équité, de cohérence et de continuité du soin à l'égard du patient.

3.3 Professionnaliser le management des pratiques de formation professionnelle continue

L'évolution très rapide et permanente des situations de travail invite à une nouvelle conception de la gestion des ressources humaines. Il appartient au directeur des soins de faire des incidents, des "problèmes", des projets ... des opportunités d'apprentissage collectif. Ceci nécessite de passer des pratiques classiques de formation à des démarches, dites de formation-action, ou de travail en mode projet. Ces démarches permettent de traiter des situations concrètes de travail avec des représentants de toutes les catégories professionnelles concernées, avec tant une visée d'action que d'éducation, à savoir résoudre des problèmes, améliorer l'existant, produire les règles communes, conduire des projets de changement ... Elles constituent, par ailleurs, autant d'occasions de travailler en équipe, de confronter différents points de vue, d'apprendre au travers de l'expérience des autres.

On n'apprend plus « une fois pour toutes » pour exercer ensuite durant « toute sa vie professionnelle », sans nécessité de « réapprendre ». Comment obtenir et maintenir un capital de compétences efficient à l'hôpital, aujourd'hui ?

« Continuer, comme par le passé, de dissocier organisation et formation, c'est faire l'économie de questions gênantes sur l'organisation. Le taylorisme a cru que la formation allait « tirer » l'organisation. Aujourd'hui on sait que c'est l'inverse : l'organisation est au centre et c'est elle qui « tire » la formation. Les besoins de formation sont toujours à resituer par rapport aux besoins de l'organisation. Au delà des actions de formation, ce sont les situations de travail et l'ensemble des caractéristiques de l'organisation qui produisent des effets positifs ou négatifs sur l'apprentissage et le développement des compétences. »⁴⁴

3.3.1 La formation comme levier de performance

La formation est un outil-phare de la gestion des ressources humaines en prenant en compte

- les missions de l'hôpital vis à vis de son environnement communautaire, géographique, réglementaire et humain
- les décisions stratégiques engageant la qualité de vie future de l'hôpital, voire même sa survie
- la nécessité pour les cadres de se situer dans une démarche stratégique de progrès, avec prise en compte de l'impact des contraintes externes et internes.

⁴⁴ Idem numéro précédent

La maintenance du portefeuille de compétences et la valorisation du potentiel humain de l'hôpital sont à accompagner par le biais d'un plan de formation modernisé. Son articulation avec le projet d'établissement est une préoccupation constante. Un fil conducteur peut être dégagé dans les différents projets (d'établissement, de service, médical, de soins, de formation...), contribuant à décroiser les professionnels qui se côtoyaient peu habituellement, grâce à une démarche ayant une finalité commune : performance des soins et performance économique-financière.

« En effet, c'est seulement dans le cadre de la pluriannualité que des actions de formation peuvent être menées en profondeur et constituer de véritables conduites de changement pour l'institution et pour ses personnels. L'institution y trouvera la possibilité d'engager des opérations structurelles de réorganisation, en liaison avec une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Les salariés y gagnent l'opportunité de suivre des formations longues et qualifiantes, d'envisager une promotion professionnelle et d'enrichir la pratique de leur métier »⁴⁵.

3.3.2 La promotion de l'investissement formation

Investir, c'est agir sur les facteurs de production, qu'ils soient matériels ou immatériels. Les organisations à mission de service public, elles aussi dans un secteur concurrentiel, ont tout intérêt à cibler le type d'investissement des différentes actions qui composent leur plan de formation. L'évaluation des impacts, qui en dépend, nécessiterait la formalisation d'une critériologie spécifique et adaptée. Il appartient au directeur des soins de travailler en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines, et notamment les services de formation, afin de tendre vers la meilleure adéquation possible "formation-emploi-compétences".

A) Les formations - investissement centrées sur le savoir-faire expérientiel

Les métiers de soins, de par leur lien direct sur la santé de l'homme, n'autorisent pas l'erreur. L'expérience est, de ce fait, vécue comme sécurisante et psychologiquement réductrice de stress. De nombreuses formations-actions sont à demander dans cet objectif. Elles concernent les équipes pluridisciplinaires sur des thèmes aussi variés que le diagnostic infirmier, l'évaluation de la qualité des soins, l'élaboration de projets de soins et de projets de vie pour les patients, l'éducation des diabétiques, l'encadrement des stagiaires, l'actualisation des connaissances...

⁴⁵ VASSEUR (A) : « Projet d'établissement, plan de formation ». ANFH, réalité et recherche n° 30, octobre 1995, p.5

B) Les formations - investissement centrées sur la maîtrise d'une nouvelle technologie

Elles sont beaucoup plus faciles à identifier et à évaluer, le personnel ne sachant souvent « rien » ou « peu de chose » de la technique en question, avant son installation. La légitimité de cette «non connaissance » permet la validation rapide d'un processus de formation progressif reconnu de la majorité, car secondaire à une décision d'investissement matériel. Il ne remet pas en cause les individus. Les unités de soins et médico-techniques sont de plus en plus confrontées à cette adaptation de l'homme à la machine, compte tenu des fortes avancées technologiques actuelles d'une part et de leur rapidité d'obsolescence d'autre part.

C) Les formations - investissement centrées sur le développement personnel et la communication

Bien que ces formations ne dépendent pas de décisions de gestion ou d'achat, leur bien fondé n'en demeure pas moins réel. L'amélioration de la performance d'une entreprise passe tout d'abord par son potentiel humain, avant même son potentiel technologique et financier. Ces formations sont les plus difficiles à apprécier, en termes de retombées dans les services. Elles ont comme objectif de développer le potentiel créatif des individus et surtout de leur permettre d'en user dans leurs situations de travail quotidiennes. La complexité des structures hospitalières et la coexistence de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales exigent une collaboration active de tous les acteurs de santé et une bonne qualité des relations interpersonnelles. On sait fort bien à quel point les patients et leurs familles y sont sensibles. Leur accueil, leur accompagnement tout au long de leur séjour hospitalier constitueront l'image qu'ils garderont de l'hôpital, au-delà de la qualité du soin technique dispensé, et représentent encore aujourd'hui un défi à relever.

3.3.3 La mise en assurance qualité du processus formation

Elle passe par l'évaluation du dispositif de formation dans son ensemble. Cette évaluation révélera l'atteinte ou non des objectifs de changement identifiés préalablement, de par le niveau des résultats obtenus. La grille de compétences initiale constitue non seulement un outil de repérage des zones de vulnérabilité en amont, mais aussi un outil d'évaluation, par comparaison, de l'équipe après la formation. L'exploitation des résultats est à la base même du processus de validation.

La contribution des directeurs des soins au processus de transformation du service public hospitalier est indéniable. Leur motivation à s'inscrire dans une logique managériale de gestion de leurs équipes est à la base d'une analyse pertinente des besoins en formation. Des outils les aideront à impliquer leurs agents dans une démarche de qualité, à les responsabiliser, à instaurer un dialogue dans un souci d'atteinte des objectifs communs ou

partagés, en conformité avec la finalité de l'organisation. L'utilisation de la grille de compétences permettra aux cadres de cibler les axes de progrès à prioriser dans leur service, en fonction des compétences requises, de décliner les critères de réussite qui supporteront l'évaluation post-formation, et ainsi d'offrir aux professionnels de la formation les éléments objectivables nécessaires à la réalisation des cahiers des charges.

A) Un contrat de management

Il prend en compte les évolutions en matière de métiers, d'activités, d'organisation, d'objectifs...Il est établi **entre la hiérarchie et les personnes à former** et aboutit à **l'élaboration d'objectifs opératoires de changement**. Ce sont ceux qui font actuellement le plus défaut. La grille de compétences permet de recenser pour chaque personne les lacunes en compétences sur les opérations actuelles et sur les nouvelles, liées si nécessaire à la restructuration des emplois. L'activité professionnelle connaît des transformations importantes de nos jours. Les objectifs de l'institution relèvent ainsi d'un processus permanent d'innovation. La formation peut accompagner les changements attendus.

B) Un contrat de services

Il prend en compte, quant à lui, les adaptations en matière de compétences à acquérir. Il est établi **entre le responsable de la formation et l'organisme de formation** et constitue un contrat de progrès. La **formulation des objectifs de formation** est à ce stade indispensable pour l'élaboration du cahier des charges. La réussite du transfert attendu en dépend largement. La nature même de l'activité formation aujourd'hui, c'est avant tout d'être au service du développement des compétences, pour la performance de l'entreprise d'une part et pour l'épanouissement de la personne formée, d'autre part.

C) Un contrat pédagogique

Ce dernier prend en compte les acquisitions en matière de capacités. Ce dernier est établi **entre l'organisme de formation et les personnes formées**, se traduisant par le respect des **objectifs pédagogiques**. Le rôle du formateur consiste à amener les formés à acquérir les compétences nouvelles attendues. Le dossier pédagogique réalisé, à partir des objectifs pédagogiques, constitue le document de base indispensable à l'évaluation de la progression des apprenants en terme de compétences. L'action de formation est ainsi utilisée comme outil de mise en œuvre stratégique.

Ces préconisations, relatives à la professionnalisation du management, utilisées en complémentarité, favoriseront la performance économique et sociale, de par une gestion plus efficiente des ressources humaines.

CONCLUSION

" L'hôpital est un théâtre, le théâtre de la vie, de la mort et de la souffrance, mais aussi celui de l'espoir de guérison. Le médecin, l'infirmière et tous ceux qui les entourent sur la scène hospitalière y jouent les premiers rôles devant le public des malades, de leurs familles, du public en général "⁴⁶ Les dernières décennies ont vu naître une large diversité de catégories professionnelles hospitalières, témoignant des mutations passées et actuelles. Les exigences sans cesse renouvelées d'offre de soins en adéquation avec le contexte social, économique, culturel et politique nous ont incités à réinterroger les pratiques de management des compétences auprès des personnels soignants, dans un objectif de performance économique et sociale.

Selon B. DUBOIS⁴⁷, l'hôpital est une entreprise. En effet son budget lui permet de réaliser des achats, de fabriquer, de stocker des produits, de gérer du personnel et de distribuer produits et services. L'hôpital ne tient plus sa légitimité de par son existence légale, mais par sa place dans le système de Santé en général. L'évolution de sa clientèle, l'émergence du consumérisme, la forte poussée de l'innovation scientifique et technique imposent une nouvelle conception de la gestion hospitalière et transforment le rôle des acteurs internes.

Il appartient ainsi au directeur des soins de développer une gestion pilotée des compétences portée par une politique Ressources Humaines en adéquation avec la mission de soins, d'enseignement et de recherche du service public en général et de la direction de soins en particulier. Elle a pour avantage de mobiliser les personnels et de les faire adhérer aux évolutions du milieu hospitalier. En rassemblant et dynamisant les énergies, elle devient levier de changement, donc levier de transformation des hommes et des systèmes. La gestion des compétences est un choix managérial. Sa réussite dépend, notamment, du degré d'implication des directeurs des soins et, par là même, des capacités de leurs cadres à manager une équipe, dans une logique transversale institutionnelle.

Cette gestion des compétences s'avère être source de **bénéfices partagés** :

- **Bénéfice pour le patient**, de par l'offre d'une prestation de soins de qualité, portée par le professionnalisme des personnels
- **Bénéfice pour les personnels**, de par le développement des compétences individuelles et collectives favorisant la responsabilisation, l'autonomie et l'évolution professionnelle

⁴⁶ MAILLARD (C) : " Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours : comment la santé est devenue une Affaire d'Etat ". Avant-propos. Edition Dunod, Bordas, Paris, 1986, 200 pages.

⁴⁷ DUBOIS (B) : « Le Marketing Management Hospitalier » Ed. Berger – Levrault, 1987, 378 pages.

- **Bénéfice pour l'institution**, de par la possibilité de mieux concilier objectifs économiques, exigences des patients et projets professionnels des agents.

C'est ainsi que l'hôpital visera à atteindre la **meilleure performance économique et sociale**, en devenant **une organisation productrice de compétences**⁴⁸, à savoir :

- Une organisation formante
- Une organisation globalisante
- Une organisation communicante
- Une organisation responsabilisante
- Une organisation apprenante
- Une organisation valorisante

Le progrès d'une entreprise est stimulé par les attentes des clients. Il dépend aussi de la capacité de cette entreprise à vouloir aller encore et toujours plus loin. Il en est de même pour les institutions hospitalières

⁴⁸ Voir développement du concept d'organisation productrice de compétences en annexe 6

Bibliographie

OUVRAGES

BESSEYRE DES HORTS (CH H) : « Gérer les ressources humaines dans l'entreprise – concepts et outils » Les Editions d'organisation, 1990, 191 pages

BLANCHET (A) : « Interviewer » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales » Collectifs d'auteurs, TROGNON (A), GHIGLIONE (R), MASSONNAT (J), Editions DUNOD, 1987, 198 pages,

BOSQUET (R) : « Fondements de la performance humaine dans l'entreprise » Les Editions d'Organisation, 1989, 130 pages

Le BOTERF (G) : De la compétence – Essai sur un attracteur étrange » Les Editions d'organisation, 1994, 176 pages

BOUDON (R) : « L'idéologie », Fayard, 1991

CREMADEZ (M), en collaboration avec (F) GRATEAU : « Le Management Stratégique Hospitalier », Interéditions, 1992, 319 pages

DADOY (M) et collectif d'auteurs « Les analyses du travail, enjeux et formes » Cereq Collection des études, n° 54, mars 1990, 240 pages

CROZIER (M) : « L'acteur et le système ». Sociologie politique, Editions du Seuil, 435 pages

DRUCKER (P) : « Au delà du capitalisme » Dunod, 1193

DUBOIS (B) : « Le Marketing Management Hospitalier » Ed.Berger, Levrault, 1987, 378 pages

LEVY – LEBOYER (C) : « Evaluation du personnel, quelles méthodes choisir » Les Editions d'Organisation, 1990, 211 pages

LORINO (P) : « L'économiste et le manager » Edition La Découverte », 1989

MAILLARD (C) : « Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours : comment la santé est devenue une Affaire d'Etat » Avant-propos. Edition Dunod, Bordas, Paris 1986, 200 pages

De MONTMOLLIN (M) : « L'intelligence de la tâche » Eléments d'ergonomie cognitive, Berne, Editions Peter Lang, Science pour la communication, 1984, p 122

SAVALL (H), ZARDET (V) : « Ingénierie stratégique du roseau », Préface de Serge Pasquier, Paris, 1995, 517 pages, pages 330 à 409

SAVALL (H) : « Enrichir le travail humain : l'évaluation économique » Préface de Jacques DELORS. Nouvelle Edition Economica 1989, 275 pages, pages 134 et 135

SAVALL (H), ZARDET (V) : « Maîtriser les coûts et les performances cachés » Edition Economica p 163 à 168

SENGE (P) : « La cinquième discipline », First, 1991

De TERSAC (G) : « Autonomie dans le travail », PUF, 1992

THIERRY (D) SAURET (C) : « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences » Editions l'Harmattan, 1993, 268 pages

REVUES

BERNIER (C) : « La polyvalence des emplois, nouvelle tendance de l'organisation du travail ». Bulletin de l'IRAT n° 22, Montréal, 1982

DUGUE (E), MAILLEBOUIS (M) : « De la qualification à la compétence : sens et danger du glissement sémantique », Education permanente, n° 118, 1994, p 43 à 50

FLUCK (C) : « Bâtir un référentiel de Compétences, conjuguer faire simple à tous les temps », Performance globale, n° 1, juillet 1995, p 16 à 20

LENHARDT (V) et MACK (M) : "A partir du sens, la création de valeur", Revue MCS n° 524, 19 janvier 1998

VASSEUR (A) : « Projet d'établissement, plan de formation » ANFH, réalité et recherche n° 30, octobre 1995, p 5

ZARIFIAN (Ph) : « Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante ». Education permanente, octobre 1992.

DOCUMENTS DIVERS

ALLAFORT (M) : Document CISTE, novembre 1992 et Lettre CISTE, juin 2003

DREVET (G) : «Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques. Cas d'hôpitaux publics », Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Lumière Lyon2, 1999, Tome 1, 350 pages et Tome2 Annexes, 600 pages

MARTIN (MJ) : «La mise en place d'un système d'évaluation du personnel au centre hospitalier de Pontoise : méthode, outils, enjeux ». Mémoire Ecole Nationale de la Santé Publique, formation d'élève – directeur, décembre 1991, 88 pages, page 16

RAUX (JF) : « Retrouvons la voie de l'ambition » Le Monde Initiatives ; 16 mars 1994

VILCHIEN (D) : Direction des hôpitaux, ministère des Affaires Sociales, de la santé et de la ville, « Bilan de l'expérimentation de la fonction expertise dans les établissements publics de santé » Colloque du 19 juin 1997, Tours

Table des figures

Figure 1 : Les grands objectifs du dispositif de soins

Schéma extrait de la revue " Actualité et dossier en santé publique " N° 11, juin 1995, p. XVII

Figure 2 : La compétence au carrefour (G) Le BOTERF

Schéma extrait du livre « De la Compétence - Essai sur un attracteur étrange ». Les Editions d'Organisation, 1994, 176 pages, p 17

Figure 3 : Les objectifs de la grille de compétences (H) SAVALL

Source ISEOR

Figure 4 : « La grille de compétences » (H)SAVALL, (V) ZARDET

Schéma extrait du livre « Maîtriser les coûts et les performances cachés » Edition Economica p 163 à 168

Figure 5 : La performance économique (H) SAVALL et (V) ZARDET

Schéma extrait du livre « Maîtriser les coûts et les performances cachés », p 74

Liste des annexes

ANNEXE 1 : L'hôpital au fil des réformes

ANNEXE 2 : Synthèse/Approche de la compétence par Guy Le BOTERF

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

ANNEXE 4 : « Questionnaire » issu du guide d'entretien

ANNEXE 5 : Un exemple d'utilisation de la grille de compétences

ANNEXE 6 : L'hôpital, une organisation productrice de compétences

L' HÔPITAL AU FIL DES REFORMES

1. **La loi de 1970**

Portant réforme hospitalière, elle a proclamé la scission entre le secteur sanitaire et social, l'hôpital ayant la seule responsabilité du sanitaire. En parallèle, le champ d'action de l'aide sociale ne cesse de croître et de se diversifier. L'interdépendance demeure toutefois. De ce fait, l'institution hospitalière, centrée sur le soin, est devenue la " clé de voûte " du système de santé.

2. **La réforme hospitalière de 1991 : la planification sanitaire**

La loi du 31 juillet 1991 et ses décrets d'application abrogent la précédente. Son objectif est d'encadrer l'accélération du changement par la mise en place, notamment, d'une carte sanitaire et d'un schéma d'organisation sanitaire. L'apparition de nouvelles instances en découle naturellement. Cette planification a pour objet " de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ".

La carte sanitaire

Elle détermine d'une part les limites des régions et des secteurs sanitaires et psychiatriques, d'autre part la nature et l'importance des installations et des activités de soin d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique, en fonction des besoins de la population. Pour exercer ces diverses activités, la loi distingue les matériels lourds à but diagnostic et thérapeutique, et précise leurs conditions d'installation afin d'éviter l'excès d'actes médicaux susceptibles de grever le budget de l'Etat.

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)

Il détermine la répartition géographique des installations et activités de soins sus définies afin d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Il est établi pour chaque région sanitaire, pour tout ou partie des installations ou activités. Des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent dans certains cas être établis. La création, l'extension, la conversion totale ou partielle de tout établissement de santé sont soumises à l'autorisation du ministre chargé de la santé ou du représentant de l'Etat. Il en est de même pour les installations et équipements en matériels lourds.

Le comité national et les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS et CROSS), le collège national d'experts et les commissions régionales d'évaluation.

Un rapport est élaboré chaque année par les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie sur le montant total des dépenses des régimes d'assurance maladie dans la région pour l'année écoulée, sur les évolutions constatées et sur les évolutions prévisibles pour l'année suivante. Il est présenté au CROSS. Par ailleurs, les établissements de santé publics ou privés, "doivent développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade, afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité. L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art "

Une analyse des activités est de ce fait indispensable, et nécessite la mise en œuvre de moyens cohérents (systèmes d'informations, méthodologies, expérimentations...).

Les contrats pluriannuels

Ils sont conclus entre les établissements de santé, publics ou privés, les organismes d'assurance maladie, le représentant de l'Etat, et le cas échéant des collectivités locales, permettent la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire. Ils fixent les obligations des établissements et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis. Ils sont conclus par les préfets de région, après avis des préfets de département concernés.

Un rapport sur les objectifs et prévisions d'activité

Ce rapport ainsi que les moyens consentis, est présenté par le directeur au CA qui délibère. Cette délibération et ce rapport sont transmis au représentant de l'Etat et aux organismes de SS.

Le projet d'établissement

Il définit pour une durée de 5 ans, sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, du plan de formation, de la gestion et du système d'information, avec compatibilité avec les objectifs du SROS.

Des rapports d'activité et d'évaluation

Formalisés tous les 2 ans, ils doivent préciser l'état d'avancement du projet d'établissement et comporter une évaluation de la qualité des soins, en fonction des grands objectifs du dispositif de soins, promouvant l'adéquation des ressources et des besoins en termes de soins.

Une obligation de communication d'informations

Elle est instituée entre les établissements de santé, l'autorité administrative et les organismes d'assurance maladie. La révision de la carte sanitaire et du SROS dépend de la qualité et de la transparence de ces informations. Une nouvelle organisation des structures de soins renforce les impératifs de communication, coordination, concertation. L'unité de base est l'unité fonctionnelle. Le département devient un regroupement d'au moins 3 unités fonctionnelles. Le chef de service est nommé par le ministre, le chef de département est nommé par le CA après avis de la CME. Ces derniers assurent la conduite générale du service. Ils sont assistés, selon les activités du service ou du département, par une sage-femme, un cadre paramédical ou médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leur compétence. Dans chaque service ou département est institué un conseil de service ou de département chargé notamment de participer à l'élaboration du projet de service. Les IDE sont représentées au sein d'un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, dorénavant membre de l'équipe de direction. Cette loi du 31 juillet 1991 reste fidèle à l'esprit de celle de 1970. Elle comporte néanmoins des innovations importantes, notamment par le décloisonnement promu entre la médecine de ville et la médecine à l'hôpital, la médecine libérale et la médecine publique, la médecine lucrative et non lucrative. L'établissement de Santé est le pivot du système. Le contrôle de l'offre de soins est renforcé et centralisé par le biais de la planification et des autorisations. La contractualisation est clairement affirmée, comme moteur de synchronisation et d'efficacité. Le processus de planification est un processus gestionnaire, un processus d'aide à la décision, également un processus de concertation sociale.

Il se décompose en trois étapes clés, visant l'efficacité des actions mises en œuvre : recherche d'un consensus sur les buts et les finalités, définition d'objectifs spécifiques prioritaires et programmation des moyens et des activités

3. L'ordonnance sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée 1996

Le droit des malades

" L'ordonnance du 24 avril 1996 généralise à l'ensemble du système hospitalier la logique d'entreprise appliquée jusqu'à ce jour à des établissements considérés isolément... Elle s'ouvre sur un rappel des droits des malades, précisant que la qualité de la prise en charge des patients constitue pour les établissements de santé un objectif essentiel "⁴⁹. L'évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour et la prise en compte des résultats dans un souci d'amélioration permanent, constituent un axe majeur de cette réforme. Un livret d'accueil et la charte du patient hospitalisé doivent être remis à chaque patient. Une commission de conciliation est instituée dans chaque établissement de santé. Elle est chargée d'assister et d'orienter toute personne s'estimant victime d'un préjudice. Son rôle de médiation est à ce titre intéressant.

L'accréditation

L'obligation d'accréditation, ou procédure externe d'évaluation, incombe dorénavant à tout établissement de santé. " Cette procédure, conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement ". Cette procédure est engagée sur l'initiative de l'établissement ou par défaut, par l'ARH. L'ANAES est un établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et administré par un CA. Ce dernier est composé à 70% de représentants des professionnels hospitaliers. Le CA, son président et son directeur, sont assistés d'un conseil scientifique, qui veille à la cohérence de la politique scientifique de l'agence, et d'un collège de l'accréditation travaillant en étroite collaboration avec un réseau d'experts. Au titre de sa double mission d'évaluation et d'accréditation, l'ANAES élabore et diffuse des méthodes et référentiels aptes à favoriser l'amélioration des pratiques professionnelles. Elle veille de surcroît à la cohérence de ces dernières et notamment à la collaboration des professionnels de santé.

L' Agence Régionale de l'Hospitalisation

Il est créé une nouvelle catégorie de groupements d'intérêt public dénommés ARH, personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, constituées entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie. Placées sous la tutelle des ministres chargés de la Santé et de la sécurité sociale, elles ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre des soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. Le directeur de l'agence est nommé par décret, en conseil des ministres, et préside la commission exécutive de l'agence, composée à parité de représentants de l'Etat désignés par le ministère et de représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie. Les missions de l'ARH sont diverses à savoir : la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins, les décisions relatives au budget des établissements financés par dotation globale (le directeur fixe les budgets et arrête les tarifs l'hospitalisation), les autorisations, contrats pluriannuels et orientations. Demeurent du ressort du représentant de l'Etat les fonctions relatives au contrôle des marchés des EPS, le renouvellement des nominations des

⁴⁹ "Spécial réforme hospitalière : l'ordonnance sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée" Décision Santé n°94

praticiens exerçant à temps partiel, à l'issue de chaque période quinquennale d'exercice et l'approbation du contrat d'activité libérale notamment.

Les Contrats d'Objectifs et de Moyens

Ils doivent être conclus entre les ARH et les établissements de santé. Leur durée ne peut être inférieure à 3 ans, ni supérieure à 5 ans. " Ils déterminent les orientations stratégiques des établissements et leurs conditions de mise en œuvre. Ils ont pour objet de favoriser la réalisation du projet médical et du projet d'établissements approuvé. A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération ". Les éléments financiers qui y sont liés, tant en fonctionnement qu'en investissement sont bien évidemment prévus.

La contractualisation interne

La contractualisation interne à l'établissement est également recommandée. Les équipes médicales et paramédicales peuvent proposer aux directeurs d'établissement la création de centres de responsabilité et inversement. L'avis de la CME et du CTE est nécessaire. Le directeur désigne le responsable du centre de responsabilité après proposition des structures médicales. Un contrat, formalisé entre le directeur et le responsable, définit les objectifs, moyens, indicateurs de suivi et modalités de mise en œuvre par le responsable du centre.

Le financement des établissements de santé

- Les établissements financés par dotation globale : Leur montant est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie prévu par la loi de financement de la sécurité sociale, donc à partir de la dotation régionale fixée par le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Les orientations du SROS, en lien avec les priorités de la politique de santé et le contenu du projet d'établissement, influent sur le montant du budget à allouer.
- L'hospitalisation privée : Elle fait l'objet " d'un contrat tripartite national, conclu pour 5 ans, entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et une au moins des organisations syndicales membres du comité professionnel national de l'hospitalisation privée ". L'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement ou structure.
- Les établissements relevant du régime du prix de journée : L'ordonnance vise " à mettre fin au régime de financement par prix de journée préfectoral de diverses catégories d'établissements privés, dans un but de simplification et d'harmonisation. Ces établissements sont tenus d'opter pour le régime de la dotation globale ou pour celui de l'hospitalisation privée ".

Organisation et coopération intra et inter établissements de Santé

Elles sont promues pour satisfaire les besoins de la population. Les établissements de santé peuvent mettre en œuvre des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins ou pathologies. Ces réseaux doivent être agréés par le directeur de l'ARH. La mise en commun de moyens médico-techniques, médicaux et non-médicaux dans le domaine des soins peut se faire par le biais de groupements de coopération sanitaire (établissements publics et privés). L'autorisation d'équipement matériel lourd sera facilitée et profitera ainsi à la population. La réforme vise à couvrir le territoire national d'une trame hospitalière régulièrement répartie, tendant à réduire les inégalités.

APPROCHE COMBINATOIRE DE LA COMPETENCE

Guy Le BOTERF

La compétence individuelle : un savoir-agir reconnu

Un savoir-mobiliser :

les savoirs théoriques : comprendre « comment ça marche »

les savoirs techniques : prescrire « comment il faut faire »

les savoir-faire procéduraux : action à réaliser

les savoir-faire expérientiels : savoir issu de l'action.

les savoir-faire sociaux : savoir-être induit par les représentations sociales, valeurs et statuts, corrélés aux savoir-faire relationnels

les savoir-faire cognitifs : actions mentales nécessaires à la formulation, l'analyse et la résolution de problèmes, la conception et la réalisation de projets, la prise de décision, la création ou l'invention.

Un savoir-transférer :

à une pluralité d'actions de nature autre, sinon différente

à un groupe de personnes, dont la fonction, est d'œuvrer à la même construction d'actions d'apprentissage.

Un savoir-intégrer :

des savoirs divers et hétérogènes pour les finaliser ensuite sur la réalisation d'activités.

De nature combinatoire, la compétence n'est pas une simple addition de savoirs partiels, mais une imbrication d'ingrédients pluriels triés à bon escient.

La compétence collective : un système dynamique

Un savoir-coopérer :

La compétence collective naît de la mise en commun des compétences individuelles dans un objectif de co-action et coproduction.

Un Savoir expérientiel :

Apprentissage collectif : un dysfonctionnement n'est pas le fruit d'un seul individu, mais le résultat d'actions mal maîtrisées

Règle non écrite : coordination des compétences individuelles, donc leur combinaison.

Nature et prégnance des modes de collaboration : performance.

Dans une situation professionnelle, il n'existe pas une somme d'acteurs uniques, mais un groupe d'acteurs en interaction, dans un système contingent.

Géraldine DREVET
 Stagiaire Directeur des Soins
 ENSP
 Promotion 2003-2004

GUIDE D' ENTRETIEN

THEMES	SOUS-THEMES
STRATEGIE	1. La complémentarité DRH / DS
	2. Utilisation de la gestion des compétences comme levier de performance économique et sociale
MANAGEMENT	3. Les pratiques managériales de l'encadrement de proximité et de l'encadrement supérieur
	4. Les attentes du DS en termes de management
ORGANISATION ET GESTION DU TEMPS	5. Lien entre activité de soins et gestion des compétences
	6. Répartition des moyens humains / charge de travail
COMMUNICATION - COORDINATION - CONCERTATION	7. Les modes de communication au sein de l'établissement
	8. Le rôle du DS en matière de communication
FORMATION	9. Formation comme outil de management
	10. Accessibilité

Géraldine DREVET
Stagiaire Directeur des Soins
ENSP
Promotion 2003-2004

« QUESTIONNAIRE »

Nom de l'établissement :

Type d'établissement (CHU, CH, HL ...) :

Effectifs globaux médicaux et non médicaux :

Effectifs personnels soignants :

Nombre de :

- **DS :**
- **Cadres supérieurs :**
- **Cadres :**

THEMES	SOUS-THEMES
STRATEGIE	1. A quel niveau se situe la complémentarité DRH et DS dans la gestion des ressources humaines ?
	2. La gestion des compétences est-elle utilisée comme levier de performance économique et sociale ?
MANAGEMENT	3. Comment qualifieriez-vous les pratiques managériales de l'encadrement soignant de proximité et supérieur ?
	4. Quelles sont vos attentes en termes de management ?

ORGANISATION ET GESTION DU TEMPS	5. Comment qualifieriez-vous le lien entre la gestion de l'activité et la gestion des compétences ?
	6. Les moyens humains sont-ils répartis en fonction de la charge de travail ?
COMMUNICATION - COORDINATION - CONCERTATION	7. Comment qualifieriez-vous les modes de communication au sein de votre établissement ?
	8. Quel est votre rôle en matière de communication ?
FORMATION	9. La formation est-elle utilisée comme outil de management ?
	10. Quel est son degré d'accessibilité ?

Avec mes remerciements ...

Un exemple d'utilisation de la grille de compétences

Dans le cadre des missions précédemment confiées, nous avons expérimenté la grille de compétences auprès d'un petit groupe de cadres hospitaliers. Le projet consistait à mieux cerner les insuffisances de compétences individuelles et collectives au sein de plusieurs unités de soins, dans un objectif d'amélioration de la prise en charge des patients. Il s'agissait, en complémentarité, de mieux cerner la nature des formations à proposer aux soignants présentant des manques à combler et de définir les modalités de transfert des savoirs acquis aux collègues de l'équipe.

Les cadres, en collaboration avec les équipes, ont tout d'abord procédé au recensement des activités génériques, tant existantes qu'à développer à court ou moyen terme, de façon précise et objective. Ce n'est pas «la représentation» du métier qui importe mais «sa réalité effective». La qualité des échanges avec les équipes fut constructive lors de cette opération d'identification. Les cadres se sont situés dans un processus dynamique de capitalisation des expériences précédentes, s'étant traduites notamment par l'élaboration de référentiels, de profils de poste ou de fonction.

Ne pas déconnecter l'expérimentation des réalisations antérieures a constitué une démarche interactive tout à fait positive. En effet, il ne sert à rien de faire et défaire. S'appuyer sur des matériaux existants évite la juxtaposition d'études sans fil conducteur, donc sans lien fédérateur.

Il a toutefois fallu insister sur le fait que l'objectif poursuivi n'était pas de lister de façon exhaustive tout ce que fait le professionnel de Santé, mais qu'il s'agissait de relever 20 à 25 macro-activités (englobant des micro-activités distinctes mais de même nature) donnant une photographie réaliste du métier observé. Bien choisies, elles sont tout à fait suffisantes pour identifier le niveau de compétences du personnel.

Nous avons, ensuite, mis en exergue deux ou trois activités vulnérables, et décliné les compétences requises spécifiques à chacune d'entre elles. Les cadres en collaboration avec leurs équipes ont réalisé un descriptif réaliste des compétences requises pour chaque activité. L'intégration des opérationnels dans la définition des compétences s'est révélée fructueuse car fédératrice d'une volonté commune de soigner le malade avec discernement et efficacité. La forte motivation des équipes a montré que la compétence occupe désormais une position centrale dans la réflexion sur les pratiques soignantes. Les compétences relevées avec et sur le terrain, ont la caractéristique de porter sur des «objets réels» et non « symboliques », donc observables et évaluables. Elles mettent bien en évidence le sens des activités de travail. La stratégie volontariste et constructive des cadres est indissociable de la qualité des résultats obtenus. Par ailleurs, les équipes ont parfaitement intégré que la formation constituait une arme pour réduire les écarts de compétences, liés aux difficultés rencontrées individuellement et collectivement, dans l'exercice quotidien de leur fonction. Cette formalisation est le résultat d'une démarche ascendante, descendante et participative, garantissant ainsi la cohérence globale de la démarche.

En fonction de la situation mise en lumière par le remplissage des grilles d'activités et de compétences, le cadre a pu déterminer quelles étaient les zones de vulnérabilité majeures, donc les actions d'amélioration à mettre en œuvre, et les acteurs concernés. Les réponses de formation ont été formalisées en lien avec les changements attendus.

L'hôpital : une organisation productrice de compétences

L'hôpital, une organisation formante

Pour Ph. ZARIFIAN⁵⁰, il faut aller aujourd'hui plus loin encore et tendre vers une organisation plus formante et qualifiante autorisant les équipes de travail à acquérir les capacités à maîtriser des incertitudes de plus en plus grandes, à être autonomes dans leur travail et enfin à prendre des initiatives face à des situations toujours nouvelles et imprévues. A ce titre, l'organisation qualifiante :

- constitue une organisation où se fait jour un traitement événementiel de l'activité : l'imprévu devient occasion d'apprentissage ;
- suppose une réorganisation de l'activité sur une base communicationnelle, pluriprofessionnelle, interhiérarchique, à partir d'un langage partagé ;
- est celle qui reconnaît aux individus une capacité à user de leurs compétences dans une zone d'autonomie
- est celle qui permet à chaque individu de se projeter dans l'avenir : l'organisation doit être construite non plus comme un fonctionnement stabilisé mais comme un enchaînement de projets. Ces principes sous-tendent une évolution des mentalités et des comportements.

Une organisation globalisante

L'hôpital est constitué d'un très grand nombre d'unités, le plus souvent hétérogènes de par leur histoire, leur spécialité médicale ou chirurgicale, leur architecture, leur organisation, leurs effectifs...

Au sein de ces unités, les membres de l'équipe doivent assurer un service auprès du malade 24 heures sur 24. Pour ce faire, il est important qu'ils aient une certaine polyvalence, afin de pallier les problèmes d'absentéisme de toute nature. Polyvalence ne veut pas dire pour autant que certaines personnes n'aient pas développé une expertise dans des domaines spécifiques.

Une organisation communicante

L'hôpital se doit de développer une communication très active entre tous ses acteurs :

- au sein d'une même équipe, notamment entre ses différentes professions
- entre les équipes d'unités différentes
- entre les niveaux hiérarchiques
- entre les diverses structures : administratives, médicales, paramédicales, techniques, et médico-techniques
- avec les prestataires internes et externes.

L'organisation de circuits directs et courts, connue de tous, à tous les niveaux d'intervention, positionnera le patient au centre de la sphère d'informations qui le concerne.

⁵⁰ ZARIFIAN (Ph) : « Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante ». Education permanente, octobre 1992.

Une organisation responsabilisante

Un management par objectifs, facilité par des outils de pilotage pertinents à l'usage des cadres, permet une réelle prise de décision des acteurs au plus près de l'action. Il est intéressant que le cadre et ses personnels s'engagent contractuellement sur les actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans un souci de transparence et de co-investissement « responsabilisant ».

Responsabiliser ceux qui agissent, c'est leur donner les possibilités :

- d'avoir une visibilité du système dans lequel s'inscrivent leurs actions
- de comprendre les interdépendances et interrelations de l'ensemble des actions des équipes
- de contrôler leur propre activité au regard des objectifs fixés
- de « s'autogérer » dans le cadre des missions qui leur sont confiées.

Selon M. CROZIER⁵¹, la « réussite » d'une entreprise passe par l'accomplissement des hommes qui la composent. Elle ne réussira que par la « réussite » de ses membres.

Une organisation apprenante

L'organisation apprenante postule l'existence de l'aléa, l'incident, l'innovation comme source d'apprentissage. L'hôpital n'occulte d'ailleurs pas, de par la progression constante des technologies, des démarches et des concepts de soins, des traitements..., que son système évolutif engendre de multiples possibilités d'apprendre et d'accroître ses compétences. C'est pourquoi, la formation continue en secteur hospitalier un rôle certain dans la gestion des ressources humaines. La nature même de la mission de l'hôpital, à savoir contribuer au maintien de la santé de la population et prodiguer les soins adaptés, nécessite une adaptation permanente des pratiques quotidiennes.

En effet, l'existence de procédures, certes indispensables, ne suffit pas à ses personnels pour intervenir dans tous les cas auprès des patients. Chaque être humain est unique et conserve sa part d'imprévisible, de spécifique, d'inhabituel. La situation, qui en découle, impose au personnel une vigilance accrue, une compréhension des faits induisant la conduite personnalisée à tenir. Les hospitaliers doivent donc avoir cette qualité prioritaire de s'adapter en permanence, d'être en « apprentissage » perpétuel. Plus que pour tout autre métier, « rien n'est jamais définitivement acquis ».

Une organisation valorisante

Cette dernière doit reconnaître les compétences acquises de ses acteurs. Elles ne se résument pas aux compétences techniques, liées aux postes de travail, mais font appel aux capacités d'initiatives, d'autonomie, « d'auto-gestion », « d'auto-contrôle », d'adaptation et d'anticipation, trop souvent encore occultées, car non détectées par les systèmes classiques d'évaluation du personnel. La formation continue constitue un excellent levier, permettant aux cadres de manager leurs équipes dans un esprit évolutif de gestion de compétences multiples, et ce, dans, un système de qualification permanente et progressive. Là encore, l'apport méthodologique d'outils d'aide à la décision représente une condition-clé de réussite de la progression professionnelle individuelle et collective, reconnue et valorisée, vivante et dynamique

⁵¹ CROZIER (M) : « L'acteur et le système ». Sociologie politique, Editions du Seuil, 435 pages.