



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2004

L'évaluation des compétences :
Un levier à l'approche systémique de
la gestion des ressources humaines

Sylvie LANG

Remerciements

Les entretiens, sur lesquels reposent les résultats présentés dans ce mémoire, ont pu être réalisés grâce à la collaboration de professionnels d'un établissement de santé mentale. Nous leur en sommes très reconnaissant.

Nous remercions vivement le directeur coordonnateur général des soins de cette structure pour son accueil, sa disponibilité et sa contribution dans le cheminement de nos réflexions.

Nous remercions nos proches pour la patience, la compréhension et l'accompagnement dont ils ont fait preuve tout au long de cette année.

Nous remercions, aussi, nos amis, « compagnons de route ENSP » : Bruno, Juliette et Michèle pour leur écoute et leur soutien.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1^{ERE} PARTIE : LE CHAMP DE REFLEXION	5
1 CADRE REGLEMENTAIRE	5
1.1 Du cadre réglementaire du dispositif d'évaluation des personnels de la fonction publique hospitalière ...	5
1.1.1 Historique de la réglementation : textes de référence.....	5
1.1.2 La synthèse des principes réglementaires de l'évaluation des personnels	6
1.1.3 Les effets de la réglementation sur la pratique de l'évaluation	7
1.2 ...Aux évolutions récentes en matière d'évaluation des compétences	8
1.2.1 Recommandations ANAES.....	8
1.2.2 La loi dite de modernisation sociale.....	8
1.2.3 Le décret n° 2002-682 du 29 avril 2002 relatif aux conditions générales d'évaluation et de notation	9
1.2.4 Le décret n° 2003-759 relatif au bilan de compétence des agents de la fonction publique hospitalière	9
2 LES OBJECTIFS, LES ENJEUX ET LES FINALITES DU DISPOSITIF D'EVALUATION DES PROFESSIONNELS	10
2.1 Les objectifs de l'évaluation par le biais des entretiens individuels	10
2.1.1 Renforcer le processus de professionnalisation des individus:.....	10
2.1.2 Apporter la lisibilité sur les compétences présentes au sein de la structure :	10
2.2 Les enjeux	11
2.2.1 Economiques.....	11
2.2.2 Organisationnels.....	11
2.2.3 Managériaux.....	11
2.2.4 Psychologiques	11
2.2.5 Pédagogiques	11
2.3 Les finalités	12
2.3.1 S'assurer d'une qualité des soins servie aux usagers	12
2.3.2 Intégrer la gestion des ressources humaines dans la dimension stratégique de l'établissement.....	12
2.3.3 Identifier l'évaluation comme un acte de management.....	12

3	CADRE CONCEPTUEL.....	13
3.1	L'évaluation	13
3.1.1	Quelques définitions	13
3.1.2	Les cibles de l'évaluation	14
3.1.3	Les logiques de l'évaluation porteuses de sens.....	14
3.2	Le principe de processus de professionnalisation	15
3.2.1	Définition du professionnel par Guy Le BOTERF	15
3.2.2	Du concept de profession.....	15
3.2.3	...A la construction de l'identité professionnelle.....	16
3.3	La motivation.....	16
3.3.1	Quelques définitions	17
3.3.2	Les déterminants de la motivation	17
3.3.3	La stimulation de la motivation	18
3.4	La compétence.....	19
3.4.1	Quelques définitions	19
3.4.2	Les leviers d'action sur la compétence	20
3.4.3	Les concepts interactifs de compétence et de performance.....	21
2^{EME}	PARTIE : ENQUETE DE TERRAIN, METHODE ET RESULTAT.....	22
1	METHODE DE RECHERCHE.....	22
1.1	Champ de l'enquête	22
1.1.1	Le lieu de l'enquête	22
1.1.2	La population interviewée	22
1.1.3	Conduite de l'enquête	23
1.1.4	Les limites de l'enquête	24
2	ANALYSE DES ENTRETIENS.....	24
2.1	La perception du dispositif actuel d'évaluation.....	24
2.1.1	La stratégie	24
2.1.2	Les objectifs perçus du dispositif actuel d'évaluation	25
2.1.3	Les moyens mis en œuvre	25
2.2	Les leviers de la motivation.....	29
2.2.1	La stratégie	29
2.2.2	Les objectifs à atteindre pour maintenir la motivation	30
2.2.3	Les moyens de maintenir la motivation	31
2.3	La gestion prévisionnelle des ressources humaines.....	35

2.3.1	La stratégie à mettre en œuvre	35
2.3.2	Les objectifs.....	36
2.3.3	Les moyens	37
2.3.4	Les limites.....	38
2.4	Les rôles du directeur des ressources humaines et du directeur des soins.....	38
2.4.1	La stratégie du directeur des ressources humaines et du directeur des soins.....	38
2.4.2	Les objectifs.....	39
2.4.3	Les moyens	40
3	SYNTHESE GLOBALE DES ENTRETIENS	42
3EME PARTIE : PROPOSITIONS D’ACTIONS ET ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS.....		
45		
1	LA PLACE DU DISPOSITIF D’EVALUATION DES COMPETENCES DANS LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	45
1.1	La dimension stratégique de la gestion des ressources humaines.....	45
1.1.1	Le champ de la gestion des ressources humaines	45
1.1.2	Les finalités de la gestion des ressources humaines	46
1.1.3	La spécificité de la gestion des ressources humaines	46
1.2	Le processus d’évaluation des compétences au cœur des autres processus de GRH	47
2	LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS.....	49
2.1	Sa légitimité dans le dispositif d’évaluation.....	49
2.2	La collaboration directeur des ressources humaines et directeur des soins.....	49
2.3	La conduite du changement.....	49
2.4	La communication.....	50
2.5	L’implication des cadres.....	50
2.5.1	Elaboration des outils	50
2.5.2	Changement de culture	50
2.5.3	Formation.....	51
2.5.4	Climat de travail	51
2.5.5	Positionnement du cadre.....	51
2.6	L’utilisation des évaluations dans la GRH.....	52
2.6.1	La décision partagée	52

2.6.2	Le retour d'information	52
2.6.3	L'intéressement.....	52
2.7	L'évaluation de la démarche	52
3	LES OUTILS DE L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES.....	53
3.1	Le dossier d'évaluation.....	53
3.2	L'entretien d'évaluation	54
3.2.1	La phase de préparation	54
3.2.2	L'entretien	54
3.3	La banque de données pour la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.....	55
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	ANNEXE	62

Liste des sigles utilisés

- ❖ **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

- ❖ **DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

- ❖ **DRH** : Directeur des Ressources Humaines

- ❖ **GPEC** : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

- ❖ **GRH** : Gestion des Ressources Humaines

INTRODUCTION

« Rien n'est plus compliqué que de gérer les ressources humaines. Mais si difficile que soit ce domaine, il n'en demeure pas moins aussi beau qu'essentiel car, en touchant aux personnes mêmes, il touche la raison d'être de l'hôpital. » (Gérard Vincent, délégué général de la Fédération Hospitalière de France)¹.

Cette citation corrobore le fait que les personnels représentent la première richesse de l'hôpital. De plus, la sociologie des organisations affirme que les leviers du changement sont ceux qui s'organisent autour de l'individu.

Malgré ces certitudes, les rapports récents sur l'organisation du travail à l'hôpital démontrent une profonde frustration des professionnels, un sentiment de non reconnaissance et d'impuissance à faire face aux contraintes de la fonction publique hospitalière, aujourd'hui.

En effet, le rapport d'information «COJANAU », de mars 2003 ainsi que le rapport de mission du professeur MATILLON, d'août 2003 décrivent un contexte environnemental très mouvant, où le changement et l'adaptation sont inéluctables.

La mise en place de la réduction du temps de travail, la désaffection des jeunes aux métiers de la santé, les départs en retraite massifs (renouvellement de 46 % des agents de l'administration sanitaire prévu d'ici 2014) préoccupent les professionnels de la santé. Anticiper le choc démographique est une réelle opportunité pour adapter les ressources humaines aux missions et priorités des institutions, pour développer les compétences des individus et maintenir la motivation de chacun.

La diminution des durées moyennes de séjour, l'augmentation de la charge en soins, la tarification à l'activité forcent à repenser aux moyens humains et aux compétences nécessaires pour obtenir une organisation efficiente, performante et réactive.

Les restructurations du paysage hospitalier, l'évolution des technologies et des pratiques obligent l'hôpital à l'évolution de ces missions, à l'adaptation de la réponse en soins aux besoins réels de la population, dans un environnement sanitaire défini.

L'évolution de l'état de santé de la population, l'émergence de nouvelles maladies, l'évolution de l'information et des droits des personnes soignées impliquent directement la qualité du service rendu, l'acquisition de nouvelles compétences.

¹ Cité par ABBAD J., *Organisation et Management hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 2001. 417p.

Pourtant, face à cette mouvance, les rapports font le constat d'une forte rigidité en matière de gestion des personnels, notamment en matière d'évaluation des compétences, d'implication et d'intéressement des individus au travail.

Le dispositif administratif d'évaluation des personnels est jugé infantilisant, peu pertinent, peu responsabilisant, peu motivant car basé essentiellement sur la progression de carrière et la gestion des rémunérations dans un cadre législatif rigide.

Malgré les incitations législatives de la loi hospitalière de 1991, puis les obligations de développer les dispositifs d'évaluation dans les ordonnances d'avril 1996 et notamment au travers de la procédure d'accréditation, force est de constater que la culture de l'évaluation tant des pratiques que des compétences n'est pas encore ancrée dans les établissements hospitaliers. L'hôpital, longtemps, représentait un univers où se mêlaient dévouement, souffrance, espoir et mort ; où le maître mot était la charité. Le poids de l'histoire peut, ainsi, expliquer la frilosité des hospitaliers à entrer dans une culture du rendement, de l'efficience, de l'évaluation de la performance.

Ainsi, le paradoxe entre les perpétuelles mutations conjoncturelles, la lourdeur du système bureaucratique et la lenteur de l'évolution culturelle amènent à centrer nos préoccupations sur la force vive de l'hôpital : les professionnels. En effet, les actions portées sur la gestion des ressources humaines ne sont jamais sans conséquence, du fait du volume qu'elle représente (70 % du budget d'un hôpital) et de la force d'intervention puissante qu'elle constitue. Cela suppose une conception de la gestion des ressources humaines plus managériale, où le personnel est considéré comme une source de performance. L'évaluation est au service de l'adéquation poste à pourvoir-compétences acquises, de la synergie entre les besoins collectifs de la structure et les besoins individuels de réalisation personnelle au travail. L'objectif de l'évaluation est de rendre stratégiquement opportun pour les individus ce qui est souhaitable au niveau opérationnel pour l'établissement.

Dans cette dimension managériale, le rôle du directeur des soins est primordial. Le personnel paramédical représente, en moyenne, 75 % de la population salariée d'un établissement.

Le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 précise que le directeur des soins est responsable de l'organisation des activités de soins délivrées par les personnels soignants, qu'il participe à la gestion des personnels paramédicaux et intervient dans la gestion administrative et fonctionnelle des agents.

Par conséquent, il est chargé

- ❖ de définir et adapter une politique d'évaluation des personnels placés sous sa responsabilité, en collaboration avec le directeur des ressources humaines,
- ❖ de promouvoir une dynamique de l'évaluation visant à canaliser les énergies sur les priorités institutionnelles,
- ❖ d'anticiper les besoins en emplois et compétences,
- ❖ de stimuler les efforts de professionnalisation,
- ❖ de maintenir la motivation des individus,
- ❖ de mailler les compétences pour améliorer le service rendu aux usagers.

Ces dernières années, les directives en matière d'évaluation vont dans ce sens. D'une part, la mise en place de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et, d'autre part la formalisation de bilans de compétences des personnels des établissements de la fonction publique hospitalière, dans l'arrêté du 25 août 2003, sont deux dispositifs permettant un point d'ancrage à ce vaste projet.

Dès lors, comment comprendre l'inertie opérationnelle face aux évolutions réglementaires actuelles ?

Est - ce un problème méthodologique, un problème managérial, un problème culturel, un problème lié aux personnalités des dirigeants ?

Quelles informations obtenir au moment de l'évaluation et comment les utiliser pour anticiper les besoins en personnels de l'établissement ?

Pourquoi la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est-elle utilisée dans peu d'établissements ?

Comment maintenir la motivation des professionnels, au travers du dispositif d'évaluation ?

Quel est le rôle du directeur des soins, dans ce dispositif ?

Comment créer une congruence entre les réponses aux besoins individuels et les réponses aux besoins collectifs ?

Toutes ces questions conduisent à se demander en quoi le dispositif d'évaluation des personnels contribue-t-il à la gestion des ressources humaines ?

Plusieurs hypothèses sont ainsi à vérifier :

- ❖ Les valeurs et objectifs partagés entre le directeur des soins et le directeur des ressources humaines permettent de préciser les finalités de l'évaluation pour orienter la conception du dispositif de l'évaluation.
- ❖ Une sous-exploitation des informations issues des entretiens d'évaluation ne facilite pas la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.
- ❖ Le temps de l'évaluation permet de définir les projets professionnels et d'accompagner les individus, levier indispensable au maintien de la motivation des personnes au travail.

Ainsi, ce travail propose, tout d'abord, de définir le champ de réflexion inhérent à la pratique de l'évaluation des personnels de la fonction publique hospitalière. La 2^e partie vise à comprendre et à analyser le vécu et les attentes des professionnels sur le terrain ; ceci afin de vérifier les hypothèses de recherche. La 3^e partie, propose la mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation des professionnels et clarifie le rôle du directeur des soins, dans ce dispositif.

1^{ERE} PARTIE : LE CHAMP DE REFLEXION

Le champ de réflexion s'appuie sur le cadre réglementaire de l'évaluation des personnels de la fonction publique hospitalière, la définition des objectifs, des enjeux et des finalités de ce dispositif et enfin les concepts à l'origine de cette recherche.

1 CADRE REGLEMENTAIRE

1.1 Du cadre réglementaire du dispositif d'évaluation des personnels de la fonction publique hospitalière ...

1.1.1 Historique de la réglementation : textes de référence

La loi du 19 octobre 1946 et son décret d'application du 18 août 1949 définissent le 1^{er} statut de la fonction publique et instituent le régime général de notation visant à apprécier la valeur professionnelle des agents.

L'arrêté du 6 mai 1959 relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publique identifie les éléments de notation par catégorie professionnelle, selon un barème précis. Ce texte a été modifié à plusieurs reprises par les arrêtés du 18 avril 1969, du 1^{er} décembre 1971 et du 22 juin 1978.

La loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires intègre, pour la 1^{ère} fois, la notion d'appréciation et de communication de cette dernière.
« Les notes et appréciations générales attribuées aux fonctionnaires et exprimant leur valeur professionnelle leurs sont communiquées. »

La loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit expressément le maintien de la notation et précise que le pouvoir de notation est exercé par l'autorité investie du pouvoir de nomination. La péréquation des notes est également abordée, dans ce texte. Enfin, cette loi précise que les intéressés peuvent proposer la révision de la note et des appréciations générales.

La lettre circulaire de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990 relative aux missions et fonctions principales des surveillants précise le champ d'action des cadres de santé en matière de gestion des ressources humaines. Le cadre participe à l'évaluation, à la sélection et à la promotion des personnels. De plus les missions de l'encadrement s'orientent vers la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en participant à la définition des besoins en personnel notamment de remplacement, à l'anticipation des besoins en terme de catégories professionnelles nécessaires au fonctionnement de l'unité et à la planification des mouvements.

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière incite les établissements à développer une politique de l'évaluation des pratiques professionnelles.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée renforce la politique d'évaluation en instaurant les contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements et les agences régionales d'hospitalisation. Ces contrats doivent notamment préciser les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires à la réalisation des objectifs. De plus, l'obligation de mettre en œuvre des actions d'évaluation des pratiques professionnelles est clairement stipulée. La procédure d'accréditation vient également soutenir la mise en place des pratiques d'évaluation y compris dans le domaine des ressources humaines.

La circulaire de janvier 1999 précise la procédure de notation en proposant la mise en place d'entretiens d'évaluation annuels entre l'agent et son supérieur hiérarchique direct.

1.1.2 La synthèse des principes réglementaires de l'évaluation des personnels

La succession de textes réglementaires concernant l'appréciation de la valeur professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière montre une évolution des principes en trois temps :

- de 1949 à 1983, principe de notation exclusivement
- de 1983 à 1990, principe de notation et d'appréciation
- de 1983 à 1996, principe d'évaluation

Les points clé du dispositif d'évaluation sont :

- La périodicité de la notation et de l'appréciation est annuelle.
- Le pouvoir de notation est dévolu à la personne qui a le pouvoir de nomination, soit le directeur de l'établissement. La décision de notation se prend après avis des supérieurs hiérarchiques de l'agent concerné.

- Les critères d'évaluation sont au nombre de cinq et varient en fonction des catégories professionnelles. Par exemple, les critères relatifs à l'évaluation des infirmiers sont les suivants :

- Connaissances professionnelles
- Application dans l'exécution du travail
- Esprit d'initiative
- Aptitude psychologique à l'exercice des fonctions
- Tenue générale et ponctualité.

Chaque critère est noté sur une échelle de 1 à 5, la totalité des points étant de 25.

- La note et l'appréciation sont communiquées à l'agent concerné et à la Commission Administrative Paritaire.

- L'agent a une possibilité de recours contentieux auprès du tribunal administratif.

- Les conséquences de ce dispositif portent sur la gestion de carrière des agents au travers de l'avancement d'échelon et sur la rémunération par la détermination de la prime de service.

1.1.3 Les effets de la réglementation sur la pratique de l'évaluation

Les effets du dispositif réglementaire de l'évaluation des personnels ont été largement explicités dans plusieurs rapports².

La progression de carrière est largement basée sur l'ancienneté, l'automatisation du système ne permet pas d'en faire un dispositif dynamisant en matière d'implication au travail. La gestion des ressources humaines est rigidifiée par une marge de manœuvre restreinte en matière de sanction et de valorisation des agents.

Les appréciations multiples des supérieurs hiérarchiques (N+1, N+2, médecin chef de service, directeur des soins) risquent de ne pas être toujours cohérentes entre elles et, par conséquent, de porter atteinte à la crédibilité de la hiérarchie et à la clarté des appréciations.

Les critères d'évaluation sont vagues, ne reflètent pas la manière dont l'agent répond à ses missions dans une activité donnée. Ainsi, le risque de subjectivité est majoré. Il n'y a pas *a priori* de corrélation entre la qualité du service fourni et la notation.

² - Enquête ALGOË MANAGEMENT (consultant pour la Direction des Hôpitaux), groupe de travail sur l'évaluation, 1991

- *"Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital"*. Assemblée Nationale 19 mars 2003 R. COUANAU

- *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*". Rapport de mission à l'attention du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées Aout 2003, Professeur Y.MATILLON

L'entretien préalable entre l'agent et son supérieur hiérarchique direct étant relégué au rang d'une simple circulaire, on peut penser que, d'une part, la culture du non-dit n'est pas abandonnée et que, d'autre part les pratiques, sur ce point, sont très hétérogènes.

Les appréciations peuvent être empreintes de jugement de valeur par manque de lisibilité des efforts réalisés, des compétences acquises et à acquérir. La formulation d'objectifs de progression est alors difficile à réaliser.

La péréquation des notes vise à garantir l'équité, l'harmonisation de la notation au niveau de l'établissement ; cependant elle limite les enjeux dans le déroulement des carrières et risque de provoquer des sentiments de frustration, de non reconnaissance.

L'ensemble de la procédure est donc peu professionnalisant, peu motivant, peu responsabilisant tant pour les évalués que pour les évaluateurs. La place privilégiée donnée à la notation par rapport à l'entretien d'évaluation renforce les représentations scolaires du système et ne favorise pas le lien entre l'évaluation des personnels et la gestion des ressources humaines.

1.2 ...Aux évolutions récentes en matière d'évaluation des compétences

1.2.1 Recommandations ANAES

Le référentiel « Gestion des Ressources Humaines » du manuel d'accréditation, dans sa version de 1999, recommande l'existence d'un dispositif formalisé d'évaluation des personnels. Cependant, les établissements ont toute liberté, outre l'application de la réglementation, des méthodes et moyens utilisés.

Dans la version expérimentale de 2003, l'ANAES précise que l'évaluation des personnels recouvre la formation des évaluateurs, l'utilisation d'un guide d'entretien, la planification des entretiens, la formalisation d'objectifs de progression et leur évaluation. De plus, elle met en lien la GPEC, la formation, les projets individuels et les évolutions de l'établissement.

1.2.2 La loi dite de modernisation sociale

En date du 1^{er} janvier 2002, la loi de modernisation sociale ouvre un droit individuel à la validation des acquis d'expérience. L'application de cette loi, dans le domaine de la santé, n'est pas encore définie ; cependant ce phénomène est propice au développement de dispositifs d'évaluation centrés sur les compétences et la reconnaissance des potentialités des individus.

L'obligation de formaliser un projet social est renforcée au travers de ce texte. Par conséquent, la gestion des ressources humaines se situe bien dans le champ stratégique de la gestion des établissements. En effet, le projet social vise à promouvoir la valorisation des compétences, l'évolution professionnelle, la mobilité, la gestion de fin de carrière et l'amélioration des conditions de travail.

1.2.3 Le décret n° 2002-682 du 29 avril 2002 relatif aux conditions générales d'évaluation et de notation

Ce décret fait précisément état des conditions d'évaluation et de notation des fonctionnaires. Il prévoit la formalisation d'une dynamique de progression individuelle et fait appel à la mesure de la performance (mesure de l'écart entre les objectifs fixés et les objectifs atteints). De plus, il met en lien l'évaluation, les objectifs et les moyens sous-tendus pour formaliser un projet professionnel. *« L'entretien d'évaluation est conduit par le supérieur hiérarchique direct du fonctionnaire. Cet entretien qui porte, principalement, sur les résultats professionnels obtenus par le fonctionnaire au regard des objectifs qui lui ont été assignés et des conditions d'organisation et de fonctionnement du service dont il relève, sur ses besoins de formation compte tenu notamment, des missions qui lui sont imparties et sur ses perspectives d'évolution professionnelle en termes de carrière et de mobilité, peut également porter sur la notation. »*

1.2.4 Le décret n° 2003-759 relatif au bilan de compétence des agents de la fonction publique hospitalière

Ce texte prévoit les étapes nécessaires à la formalisation d'un projet professionnel. Il s'agit de faire le point sur les souhaits d'évolution des agents, d'informer la personne sur le déroulement du bilan de compétence, de définir un projet et d'identifier les moyens afférents à sa réalisation.

Pour conclure sur ces points, nous retenons que ces évolutions impliquent

- une plus large participation des agents à leur évaluation,
- la mesure de leur niveau de compétence,
- la recherche d'objectifs de progression,
- la formalisation de projet professionnel au sein d'un même corps ou dans un corps professionnel différent.

Cette nouvelle dynamique crée un contexte favorable à l'innovation en matière d'évaluation des compétences.

2 LES OBJECTIFS, LES ENJEUX ET LES FINALITES DU DISPOSITIF D'EVALUATION DES PROFESSIONNELS

2.1 Les objectifs de l'évaluation par le biais des entretiens individuels

2.1.1 Renforcer le processus de professionnalisation des individus:

L'évalué acteur et auteur de son évaluation ; cela fait appel à plusieurs logiques :

- une logique de questionnement ou d'auto évaluation favorisant la distanciation face aux évènements, l'analyse de son propre vécu professionnel,
- une logique de contrôle permettant la mesure de l'écart entre les compétences requises pour une activité donnée et les compétences réelles de l'agent,
- une logique de régulation conduisant à la mise en œuvre d'actions correctives pour atteindre le niveau de compétence requis.

Un système d'évaluation responsabilisant doit être basé sur l'activité réelle, centré sur les missions de chacun et les compétences requises pour les exercer.

2.1.2 Apporter la lisibilité sur les compétences présentes au sein de la structure :

Connaître le portefeuille de compétences de l'institution permet d'orienter et de programmer les formations nécessaires au maintien et au développement des compétences par rapport aux évolutions de la structure et aux besoins des personnels présents.

La connaissance des compétences existantes facilite l'anticipation des mouvements de personnels en fonction des attentes des agents et des activités institutionnelles. Il s'agit de tendre vers une adéquation simultanée compétences et activités ; la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences recouvre tant le champ individuel que collectif.

Tirer le meilleur parti de la force de travail disponible et optimiser le potentiel humain existant sont un réel enjeu de gestion des professionnels au service de projets collectifs.

2.2 Les enjeux

2.2.1 Economiques

Le développement de la compétence permet l'amélioration du service rendu et de la productivité. La motivation au travail contribue à la diminution de l'absentéisme et à la fidélisation des hommes. Les résultats globaux pourraient être encore appelés performances.

2.2.2 Organisationnels

L'évaluation sur la base des profils de poste spécifiques permet d'identifier les glissements de tâches et par conséquent de vérifier la répartition des tâches dans les équipes. *A contrario*, les informations issues des entretiens font évoluer les profils de poste en fonction des réalités de terrain. Ce feed-back prépare les professionnels aux évolutions de la structure.

2.2.3 Managériaux

La définition de la compétence requise et acquise, l'adéquation homme – poste de travail favorisent le partage et la redistribution des tâches entre les métiers, diversifient les perspectives d'évolution de carrière. Ce phénomène a un effet de régulation de la démographie professionnelle dans le domaine de la santé.

2.2.4 Psychologiques

La motivation repose sur la perception de ses propres compétences, ce qui n'est pas sans conséquence sur l'image de soi. Ce paramètre contribue à la construction de l'identité professionnelle.

2.2.5 Pédagogiques

S'interroger sur ses propres pratiques, les réponses à y apporter concourent à l'intégration d'une culture de l'évaluation positive axée sur les actions d'amélioration et non pas sur la crainte de la sanction et la récompense. Le système bureaucratique évolue vers l'entreprise apprenante, ayant pour ligne directrice la cohérence des actions face à l'évolution de l'hôpital, cela permet de passer d'une logique de conformité au principe d'opportunité.

2.3 Les finalités

2.3.1 S'assurer d'une qualité des soins servie aux usagers

L'évaluation des compétences assure le recentrage des missions de chacun sur la prestation de soins, la sécurité des soins, la réponse adaptée aux besoins des usagers, leur satisfaction, le respect de leurs droits (information, intimité, dignité de la personne humaine, confidentialité).

La prise de conscience des soignants concernant leurs devoirs vis-à-vis de la population soignée accroît leur vigilance envers leurs propres actes de soins et ceux pratiqués par leurs collaborateurs et stagiaires dont ils sont responsables de l'encadrement.

Une relation de confiance entre soignant et soigné peut alors s'instaurer, pierre angulaire de la reconnaissance, de la valorisation du professionnalisme de la part des usagers.

2.3.2 Intégrer la gestion des ressources humaines dans la dimension stratégique de l'établissement

La cohérence entre projet social et projet d'établissement, la cohérence entre politique de mobilité et politique de recrutement, la cohérence entre politique d'évaluation et politique de promotion et de formation sont indispensables à une dynamique sociale capable d'anticiper et de répondre aux évolutions de l'hôpital.

2.3.3 Identifier l'évaluation comme un acte de management

Mobiliser les acteurs autour de leurs missions, les fédérer autour du projet d'établissement, permet le passage des préoccupations individuelles aux priorités collectives. Anticiper la réponse aux besoins de la structure et responsabiliser les agents dans la gestion de leur propre carrière, impulse une démarche plus prospective que rétrospective.

Pour parvenir à instaurer cette démarche, cet état d'esprit, le rôle de l'encadrement est essentiel. Au-delà du contrôle et de l'organisation des soins, les cadres ont pour mission d'accompagner les professionnels dans leurs évolutions. L'évaluation des compétences est un outil permettant de décliner les constats en axes de progrès, de contractualiser des objectifs, des moyens, des résultats attendus. Dès lors l'évaluation peut être vécue comme une aide, une incitation à la progression individuelle dans un cadre défini.

3 CADRE CONCEPTUEL

Force est de constater que la mise en place d'un dispositif d'évaluation des personnels efficient s'articule autour de plusieurs concepts tels que l'évaluation, la professionnalisation, la compétence et la motivation. Par conséquent, avant d'aller plus loin dans ce travail de recherche, il s'agit d'éclaircir ces différents concepts.

3.1 L'évaluation

3.1.1 Quelques définitions

L'étymologie du terme « évaluation » est la **valeur** au sens philosophique, politique et moral.

« *L'évaluation s'inscrit dans un corps de valeurs fondatrices* »³.

L'acte d'évaluation est au centre des relations humaines. La relation évalué/évaluateur est déterminante, elle conditionne le contexte psychosociologique dans lequel les facteurs de motivation sont mis en exergue. L'incitation à des comportements d'implication, d'adaptabilité aux changements est une problématique permanente pour le directeur des ressources humaines et le directeur des soins.

L'évaluation recouvre aussi le champ du respect de la norme. Cela implique l'utilisation de décrets de compétences, de critères, d'objectifs de progression et d'indicateurs de résultats ; l'objectif étant la mesure des écarts entre la norme et la réalité.

Hervé LETEURTRE définit l'évaluation comme « *un processus évolutif, vivant et temporel* »⁴ où décideur et exécutant sont en interrelation pour élaborer les critères et mesurer l'adéquation des comportements à la norme établie. L'évaluation est une recherche de sens, un questionnement, une « *démarche itérative et rétroactive qui va de la fixation d'objectifs à l'appréciation de leurs atteintes* ».

L'évaluation peut être comparative ; dans ce cas, on compare les résultats successifs d'un même agent. Lorsqu'elle est analytique, il s'agit d'apprécier l'évolution des comportements au travail au travers des résultats obtenus pour une activité donnée.

Dans les deux cas, elle est dynamique, dès lors que des modifications sont envisagées (transformation de poste, mutation, transformation des critères d'évaluation).

³ DERENNE O., LUCAS.A., Le développement des ressources humaines, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Tome 2. Rennes : ENSP, 2002. 294p.

⁴ LETEURTRE H. avec la collaboration de CAVENG J M., *L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital*. Nantes : CID, 1991. 140p.

3.1.2 Les cibles de l'évaluation

L'évaluation est avant tout un jugement dans le champ décisionnel et non pas uniquement dans le champ de la sanction ou du contrôle.

L'évaluation des performances renvoie aux résultats obtenus au regard d'objectifs préalablement fixés.

L'évaluation des compétences fait appel à la manière dont l'activité est réalisée ; cela concerne l'appréciation des savoirs faire opérationnels et validés. L'objectif est de mesurer l'adéquation de l'agent à son poste de travail. Ce type d'évaluation demande une cohérence avec le dispositif de formation, la politique de mobilité et d'adaptation aux changements.

L'évaluation des potentiels est inhérente à tout processus d'orientation ou de promotion, d'anticipation sur le devenir du professionnel. Ce mécanisme permet d'identifier les compétences, les aptitudes mentales, les ressources, les aspirations de l'individu. La mise en relation entre les constats et les possibilités offertes par l'établissement suppose une projection dans les besoins futurs de la structure et une bonne connaissance des passerelles existantes entre les corps professionnels et les différents métiers.

L'évaluation contribue à l'efficacité des groupes humains que sont les équipes soignantes, induit la motivation, donne du sens à l'action. C'est la clé de voûte de la pratique managériale.

3.1.3 Les logiques de l'évaluation porteuses de sens

La manière dont l'évaluation est menée renseigne sur la prédominance du sens qu'on lui donne, elle sous-tend les valeurs managériales.

La logique de contrôle répond à un modèle mécaniste des organisations de travail où l'agent exerce une fonction d'exécutant. Dans ce cas, l'évaluation porte essentiellement sur la mesure des écarts entre la procédure et l'existant.

La logique de régulation place l'agent en acteur, producteur de sens. L'évaluation cherche la valorisation, la reconnaissance de l'évalué. Les erreurs sont repérées et analysées pour trouver des solutions, des ajustements en vue de prévenir la survenue d'erreurs similaires. Ce processus améliore la dynamique d'appropriation.

La logique d'auto évaluation demande à l'agent d'être auteur de sa pratique. L'analyse porte sur la capacité de la personne à s'interroger, analyser ses comportements pour s'adapter. Ce mécanisme est vecteur de sens ; l'individu se questionne sur l'intérêt de ce qu'il fait.

L'évaluation est complexe ; elle fait appel à toutes ces logiques. Evaluer, c'est poser la question du sens, c'est une attitude philosophique posant la question de la valeur, démarche essentiellement qualitative. La finalité est de conjuguer les projets de professionnalisation des individus avec les exigences du professionnalisme des organisations. Guy LE BOTERF appelle cela « *Le modèle de la navigation professionnelle* ». Ainsi, le concept d'évaluation repose sur le principe de processus de professionnalisation.

3.2 Le principe de processus de professionnalisation

3.2.1 Définition du professionnel par Guy Le BOTERF

Guy LE BOTERF définit le professionnel comme la « *personne qui sait gérer une situation professionnelle complexe et décline les diverses composantes de cette situation* »⁵. Il différencie le débutant, le professionnel confirmé (capable de prendre des initiatives pertinentes, ayant un bon niveau d'autonomie) et l'expert (ayant la maîtrise des compétences et étant capable d'improvisation).

3.2.2 Du concept de profession...

« *Le concept de profession construit au début du vingtième siècle repose sur les attributs suivants :*

- *l'existence d'un savoir,*
- *la présence d'écoles de niveau supérieur, disposant du monopole de la formation,*
- *l'instauration de règles communes fonctionnant pour une activité s'exerçant de façon autonome,*
- *la reconnaissance d'une déontologie sous-tendue par des valeurs professionnelles acceptées par le groupe des pairs.*

*Cette approche est confortée par Catherine PARDEISE qui décrit la profession comme une combinaison d'un savoir expert de professionnels interprètes de ce savoir et d'un code qui régit les conditions d'utilisation de l'expertise*⁶.

Par conséquent, un professionnel n'est pas seulement identifié par des compétences techniques, manuelles acquises mais aussi par sa capacité d'analyse, de prise de décision, sa capacité de distanciation face aux événements, par son autonomie.

⁵ LE BOTERF G., *L'ingénierie des compétences*. Paris : Ed D'Organisation, 1998. 415p.

⁶ Cité par ROBERTON G., In « *Formation en soins infirmiers : des pratiques évaluatives au...processus de professionnalisation, Introduction à la thèse* » département de sciences de l'éducation, Ecole doctorale, Université Lumière Lyon 2, 2000 - 2001

L'ensemble de ces capacités ne s'acquiert pas simultanément ; les facteurs temps, motivation, acquisition des compétences sont étroitement liés. L'évaluation des compétences est un outil au service du processus de professionnalisation de chaque individu au travail. Ce processus est jalonné par la maîtrise des soins sur les plans théorique, pratique et comportemental. Ce n'est que la synergie de l'ensemble de ces savoirs qui permet d'atteindre la maîtrise professionnelle.

3.2.3 ...A la construction de l'identité professionnelle

Le processus de professionnalisation est aussi un parcours jalonné d'expériences, de modèles, d'anti-modèles, de situations de clivage permettant de construire sa propre identité professionnelle. La construction intègre une double dimension, individuelle et collective. En effet, l'identité répond à « *qui je suis ?* »

l'identification répond à « *je suis comme...* »

l'identisation répond à « *je suis différent de...* »

(Construction identitaire selon PIERRE TAP)⁷

Ces paramètres conduisent les stratégies comportementales d'un individu qui vise à se positionner par rapport à une norme attendue. Cet aspect renforce la complexité du processus d'évaluation où les compétences techniques, organisationnelles et relationnelles sont évaluées dans le dessein d'atteindre la maîtrise professionnelle et la construction de l'identité professionnelle.

3.3 La motivation

« *On peut légitimement se demander si une des conditions de la réussite dans une tâche professionnelle, ce n'est pas d'être intéressé par son travail* »⁸ Claude LEVY-LEBOYER.

Dans tout groupe social existe une marginalité que le management doit savoir identifier et impliquer.

Dans toute entreprise, publique ou privé, la répartition des salariés est la suivante :

- 35 % sont naturellement motivés
- 22 % affectent une intégration sociale plus ou moins forte
- 36 % sont indifférents à l'institution et trouvent des motivations à l'extérieur
- 7 % sont contestataires, voire agressifs.

L'objectif est de tenter d'inverser la logique et de miser sur les deux derniers groupes sociaux en leur donnant des responsabilités pour déclencher l'intérêt.

⁷ Ibid. ⁶

⁸ Cité par ABBAD J., *Organisation et Management hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 2001. 417p.

3.3.1 Quelques définitions

« La motivation au travail est un processus complexe qui fait intervenir autant les dimensions individuelles (image de soi, ambition) que les caractéristiques de l'organisation (contenu des tâches, ambiance de travail). Irréductible à quelques recettes simples, la motivation du personnel se gère et se reconstruit en permanence à partir de multiples stratégies »⁹. Claude LEVY-LEBOYER

Irréductible à quelques recettes simples, la motivation du personnel se gère et se construit en permanence à partir de multiples stratégies.

3.3.2 Les déterminants de la motivation

Les définitions précédentes traduisent la complexité du processus de motivation car il est lié à des facteurs intrinsèques à l'individu (image de soi, désir, ambition, intérêt) et des facteurs extrinsèques d'ordre organisationnel tels que les conditions de travail, d'ordre relationnel influant sur l'ambiance de travail et enfin d'ordre économique au travers de la rémunération.

L.W.PORTER et LOWER recensent les facteurs de motivation¹⁰ :

- le contenu du travail
- l'autonomie
- la variété des tâches
- l'intérêt de la tâche
- le feed-back (information en retour sur la réalisation du travail)
- l'importance des renforcements positifs (gratification) et des renforcements négatifs (sanction).

Ces facteurs sont, en fait, des déclencheurs de motivation. Il apparaît ainsi que le développement de l'intéressement au travail est davantage en lien avec la reconnaissance de l'individu qu'avec les récompenses monétaires.

« La conviction est acquise que l'argent n'apparaît pas en soi, et à long terme, comme un facteur central de motivation, s'il diminue l'insatisfaction, il n'augmente pas la satisfaction dans des proportions significatives »¹¹ selon HERZBERG.

Au delà de la reconnaissance des compétences acquises, il convient de rechercher les réponses à l'accomplissement individuel de chaque agent en détectant les potentiels.

⁹ LEVY-BOYER C.. "Le coeur à l'ouvrage". *Revue Sciences Humaines*, Mars 1999, n° 92, pp 20-23.

¹⁰ Cité par ABBAD J., *Organisation et Management hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 2001. 417p.

¹¹ Ibid. ¹⁰

3.3.3 La stimulation de la motivation

« La norme ISO 9004-2 pose les règles visant à stimuler la motivation des personnels »¹², assurer leurs évolutions et développer leurs facultés de communication et de savoir être. Les points essentiels sont :

La sélection du personnel en fonction de son aptitude à répondre aux critères d'une définition de fonction donnée. Cela se traduit par la détermination précise des compétences attendues, la définition des postes, la capacité de mettre en adéquation les besoins et les moyens, l'évaluation régulière de cette adéquation et la mise en œuvre des actions correctives telles que la formation, l'adaptation à l'emploi ou la mobilité.

La mise en œuvre des conditions de travail permettant à chacun de donner le meilleur de soi-même et d'avoir des relations de travail stables.

Le développement d'un management participatif autour de la réalisation de projets visant à donner à chacun la possibilité de se réaliser au travail.

L'assurance de la bonne compréhension des tâches à accomplir, des objectifs à atteindre.

La vérification que tout le personnel se sente concerné par l'influence de son travail sur la qualité des prestations servies aux usagers et aux collaborateurs.

La reconnaissance et la considération qui conviennent aux agents pour toute action contribuant à améliorer la qualité des prestations.

L'évaluation périodique des facteurs qui incitent le personnel à faire des efforts, qui permettent la mise en place des plans d'évolution de carrière et des actions visant à favoriser l'échange entre les individus et leur hiérarchie.

La formalisation des programmes de formation visant à mettre à niveau les compétences du personnel.

Ainsi, au-delà des aspects théoriques du maintien de la motivation, l'implication au travail est définie comme « *un mode de production de transmission de la connaissance, une capacité d'appropriation, d'assimilation et d'intégration* »¹³ ; par conséquent, cela fait référence au facteur temps. L'implication est la volonté d'actions de tous les instants. C'est agir, c'est un engagement par une démarche personnelle et collective. « *Etre impliqué, cela se vit* »¹⁴.

¹² LETEURTRE H., PATRELLE I., QUARANTA J F., et al., *La qualité hospitalière*, 2^{ème} édition, Paris : Berger-Levrault, 1999. 434p.

¹³ LOURAU R., ARDOINO J., BARBIER R., BATAILLE M., AUBRUN S.. « L'analyse de l'implication dans les pratiques sociales ». *POUR*, Mars-Avril 1983, n° 88, pp12-32.

¹⁴ Ibid. ¹³

3.4 La compétence

Selon la norme ISO 9004-2, la motivation est en interrelation avec la compétence. C'est pourquoi il est essentiel de définir ce dernier concept. Cette nécessité est d'autant plus évidente que la recherche porte sur le dispositif d'évaluation des compétences.

3.4.1 Quelques définitions

La compétence, selon l'encyclopédie LAROUSSE, vient du mot latin « *competentia* » qui signifie « *juste rapport* », « *Aptitude d'une personne à décider* ».

« *La compétence est un agencement et non un geste élémentaire ou une opération. Elle réside dans l'enchaînement, combinaison, réalisation d'une séquence.*

*La compétence ne se réduit pas à réaliser une activité professionnelle mais elle est transposable à un ensemble de situations. Elle est une combinaison de plusieurs savoir-faire, savoir agir dans un contexte particulier guidée par une intentionnalité. La compétence est la résultante du savoir agir, du vouloir agir et du pouvoir agir*¹⁵. Guy LE BOTERF.

Le savoir agir est le fruit de la formation, de l'entraînement, des représentations pertinentes et des situations professionnalisantes.

Le vouloir agir est généré par le sens que l'on donne à ce que l'on fait, par l'image de soi, par la reconnaissance, la confiance et l'existence d'un contexte incitatif.

Le pouvoir agir est lié à l'organisation du travail, l'attribution de tâches, l'existence d'un contexte facilitant et la présence de réseaux de personnes ressources.

Aller au-delà du prescrit, signifie passer du savoir-faire au savoir agir, c'est à dire faire des choix, prendre des initiatives, réagir à un aléa, prendre des responsabilités.

MALGLAIRE G., du conservatoire national des arts et métiers, définit la compétence comme : « *un ensemble de connaissances, de capacités d'action, de comportements structurés en fonction d'un but à atteindre, dans une situation donnée.* »¹⁶

¹⁵ LE BOTERF G., *L'ingénierie des compétences*. Paris : Ed D'Organisation, 1998. 415p.

¹⁶ Cité par DERENNE O., LUCAS.A., *Le développement des ressources humaines, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, Tome 2. Rennes : ENSP, 2002. 294p.

Ces définitions sont reprises de la même manière dans le rapport du professeur MATILLON concernant l'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. La compétence fait référence à deux dimensions essentielles, l'une, organisationnelle et l'autre, comportementale. L'adaptation individuelle aux situations de travail est indissociable de l'application des savoirs. Par conséquent, la dimension individuelle de la compétence est en lien avec la motivation.

« La compétence désigne une réalité dynamique : l'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte singulier marqué par des relations de travail, une culture institutionnelle, des ressources. »¹⁷

La situation de travail tend à faciliter la motivation à apprendre parce que la question du sens se pose explicitement.

3.4.2 Les leviers d'action sur la compétence

La personnalité de l'individu évolue au cours du temps, en fonction des épreuves qu'il traverse. Pour donner à chacun les meilleures chances de réussites, il s'agit d'explicitier le sens des missions de chacun, de clarifier ce qui est attendu. Ceci fait référence à la nécessité de créer des outils d'évaluation, des référentiels de compétence. A ce stade, la compétence est en lien avec un système d'évaluation.

Selon Michel CROZIER, *« Toute organisation moderne repose sur la bonne volonté de ses membres et la capacité d'adaptation, d'innovation et l'aptitude à coopérer entre eux. »¹⁸*

Ainsi, la compétence peut être maintenue en libérant les esprits d'initiative, en définissant les centres d'intérêts communs, en favorisant la logique de projet permettant l'appropriation des valeurs communes.

Cette nouvelle approche permet le lien entre la compétence individuelle et la compétence collective, au service d'objectifs institutionnels.

¹⁷ MATILLON Y. *« Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé »*. Rapport de mission à l'attention du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées Aout 2003, 94p.

¹⁸ Cité par PARLIER M. *« Reconnaître les compétences »*. *Revue Personnel*, Aout-Septembre 2002, n°412, pp 71-75.

3.4.3 Les concepts interactifs de compétence et de performance

La compétence induit une volonté d'agir, des réponses adaptées au contexte. La compétence collective n'est pas la somme des compétences individuelles mais l'expression d'une solidarité. La sous-estimation de la dimension de groupe explique l'échec des systèmes d'évaluation.

La performance est le point d'équilibre des deux logiques, celle de l'individu et celle de l'organisation.

Les deux notions, compétence et performance sont indissociables. Cependant, on ne peut pas être performant sans compétence ; *a contrario* on peut être compétent sans être performant. La performance se mesure par la capacité à répondre aux objectifs institutionnels, au projet d'établissement.

Le cadre conceptuel étant posé, il apparaît évident que la gestion des ressources humaines suppose l'existence d'un système d'appréciation de la compétence des hommes permettant à la fois de répondre aux besoins de la structure, besoins programmables liés aux activités présentes et aux orientations et aux besoins des individus qui la composent. Or, les besoins individuels fluctuent et reposent sur le principe d'opportunité plutôt que de conformité. Cette instabilité nécessite de penser le mouvement avant la structure, de se structurer sans se freiner. Là, est toute la complexité d'un dispositif efficient d'évaluation des personnels.

Pour clarifier la juste place du dispositif d'évaluation dans la gestion des ressources humaines, il est opportun de confronter ces concepts à la réalité de terrain. Les hypothèses de recherche englobent les dimensions stratégique et éthique dans la conception du dispositif d'évaluation. Elles intègrent, aussi, l'approche collective, institutionnelle d'une gestion anticipée des ressources humaines et l'approche individuelle de l'accompagnement dans un projet professionnel singulier, levier du maintien de la motivation.

2^{EME} PARTIE : ENQUETE DE TERRAIN, METHODE ET RESULTAT

1 METHODE DE RECHERCHE

La recherche vise à confronter les hypothèses à la réalité des professionnels.

1.1 Champ de l'enquête

1.1.1 Le lieu de l'enquête

L'enquête se déroule sur un même lieu, un centre hospitalier spécialisé en santé mentale. Cet établissement compte notamment 1260 personnels non médicaux. La direction des soins est assurée par un directeur des soins, coordonnateur général des soins. L'encadrement soignant est composé de 11 cadres supérieurs de santé et 35 cadres de proximité.

1.1.2 La population interviewée

Dix professionnels de catégories différentes, confrontés au dispositif d'évaluation, ont été interviewés. Chacun d'eux est impliqué dans la démarche, à des niveaux différents.

❖ Les aides-soignantes :

Elles sont au nombre de trois. On note une aide-soignante ayant trente années d'ancienneté, une aide-soignante de dix ans d'ancienneté et la troisième nouvellement titularisée. Elles sont confrontées à la procédure d'évaluation des personnels en tant que professionnels évalués par le cadre de l'unité où elles travaillent.

❖ Les infirmiers :

Deux infirmiers ont participé à l'enquête, l'un est diplômé depuis vingt neuf ans et l'autre a environ trois ans d'ancienneté. Ils sont de services différents. C'est en tant que qu'évalués qu'ils interviennent dans le dispositif d'évaluation des personnels.

❖ Les cadres de santé :

Deux cadres de santé de proximité ont été entendus. Ils n'appartiennent pas au même secteur d'activité et, par conséquent, ne travaillent pas avec le même cadre supérieur de santé. L'un est cadre depuis quelques mois dans la structure mais il a une expérience d'encadrement en centre hospitalier universitaire.

Les cadres sont doublement confrontés au dispositif d'évaluation car ils sont évaluateurs auprès des agents de leur service et évalués par leur cadre supérieur respectif.

❖ Le cadre supérieur de santé :

Un cadre supérieur de santé a été interviewé. Il participe à la procédure d'évaluation en tant qu'évaluateur des cadres de proximité de son secteur et de professionnels directement sous sa responsabilité tels que les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les secrétaires médicales du secteur. Il est également évalué par le directeur des soins.

❖ Le directeur des soins, coordonnateur général des soins :

Il définit la politique d'évaluation à mettre en œuvre, en collaboration avec le directeur des ressources humaines (DRH) et impulse la démarche auprès de l'encadrement soignant. Il évalue directement les cadres supérieurs de santé. Dans cet établissement, il assure seul la direction des soins depuis six mois et travaille, dans la structure, depuis une vingtaine d'années.

❖ Le directeur des ressources humaines :

Il définit la politique d'évaluation au sein de l'établissement. Il est garant de l'application de la réglementation concernant la notation des agents et, par délégation du directeur, détermine la notation de chacun d'eux. Le DRH est nommé dans cet établissement depuis trois mois, il a eu des expériences, dans cette fonction, sur d'autres structures.

1.1.3 Conduite de l'enquête

Les professionnels ont été interviewés dans le cadre d'entretiens semi directifs, d'une durée moyenne d'une heure par entretien. Deux guides d'entretien¹⁹ ont servi de fil conducteur aux différents interviews. A partir de la problématique formalisée et du cadre conceptuel, la grille de lecture retenue s'articule autour de quatre grands thèmes :

- le descriptif du dispositif d'évaluation actuel et son ressenti,
- les leviers de la motivation au travail et les moyens de la maintenir,
- les informations véhiculées par le dispositif pour mettre en place une gestion prévisionnelle des ressources humaines
- et enfin les rôles du directeur des soins et du directeur des ressources humaines, dans ce dispositif.

Chaque thème est analysé sous différents angles :

- la stratégie envisagée,
- les objectifs inhérents au thème,
- les moyens à mettre en œuvre.

¹⁹ Annexes 1 et 2

Les entretiens ont tous été enregistrés, après l'accord des interviewés, puis retranscrits. Une première analyse a été réalisée par entretien et par thème. Une seconde analyse, celle-ci, transversale vise à confronter les différents points de vue, par thème.

Cette étape a permis de rechercher les avis convergents et divergents, de mettre en exergue les éléments essentiels.

1.1.4 Les limites de l'enquête

Consciente que l'enquête ne porte que sur un établissement, il ne peut être question de généraliser cette représentation à l'ensemble des professionnels de santé. Compte tenu de l'hétérogénéité des pratiques, souvent décrite, il est difficile d'atteindre une représentation significative, dans le temps imparti. De plus, l'analyse de contenu permet théoriquement d'éviter le recours à notre intuition et à nos impressions personnelles. Cependant, cette analyse repose uniquement sur un matériel verbal qui ne peut être utilisé avec une entière objectivité car elle est empreinte du sens des données véhiculées par l'enquêteur. Ainsi, les informations recueillies et l'analyse qui en est faite ne sont pas le reflet d'une vérité mais le résultat des représentations de tous les protagonistes. Le guide d'entretien et la grille de lecture formalisés permettent de rester fidèle à la recherche envisagée. Le principe retenu est de confronter les hypothèses à une réalité de terrain, dans un contexte particulier, pour en dégager des préconisations et expliciter le rôle du directeur des soins, dans ce domaine. Ce dernier point, fait l'objet de la troisième partie du travail.

2 ANALYSE DES ENTRETIENS

L'analyse est présentée selon les quatre thèmes suscités.

2.1 La perception du dispositif actuel d'évaluation

2.1.1 La stratégie

La perception d'une stratégie relative au dispositif d'évaluation est très différente selon les catégories professionnelles.

Les aides-soignantes et les infirmiers n'y voient qu'une dimension administrative pour appliquer la réglementation. Ils ne font référence qu'à la « *procédure administrative* ».

Les cadres considèrent que le dispositif d'évaluation est le socle « *d'un état d'esprit, avant d'être un dispositif* », sans développer celui-ci. Le cadre supérieur estime que la stratégie est dans le champ de responsabilité du directeur des soins.

Le directeur des soins place le dispositif d'évaluation dans « *une dimension formative des personnels, levier de progression professionnelle pour chacun* ».

Le DRH dénonce l'ambiguïté du dispositif du fait de « *l'opposition entre la procédure de notation administrative et la gestion des ressources humaines* ».

La stratégie n'est pas évidente à identifier du fait que « *le système est basé sur le passé, n'est pas tourné vers l'avenir* ».

2.1.2 Les objectifs perçus du dispositif actuel d'évaluation

Ils divergent et se classent en deux grandes catégories.

Le DRH, les infirmiers, et 2 aides-soignantes sur 3 pensent que le dispositif d'évaluation vise à déterminer la notation du personnel. La note « *conditionne la rapidité de progression de carrière et la prime* ». Les agents savent que l'information est donnée à la direction, par le cadre et le cadre supérieur.

Le directeur des soins, l'encadrement et une aide-soignante introduisent, dans ce dispositif, un objectif « *d'accompagnement des agents dans leur projet professionnel* ». La procédure permet de « *déterminer les objectifs de progression des agents* ». L'aide-soignante y voit « *un moyen de savoir où on en est, de se remettre en question, de donner ses souhaits de formation et d'avoir des retours positifs et négatifs sur ce qu'on fait* ». Un cadre précise que le dispositif d'évaluation est un moyen permettant « *la mesure de l'évolution de l'agent au sein de l'unité* ». Le directeur des soins et le cadre supérieur définissent le dispositif comme « *un moyen de formaliser les profils de postes* ».

2.1.3 Les moyens mis en œuvre

❖ La périodicité de l'évaluation :

100 % des personnes interviewées parlent de l'évaluation annuelle. Une aide-soignante associe au dispositif annuel, les évaluations à visée de titularisation qui se réalisent tous les 3 mois pendant 1 an.

❖ L'évaluateur :

100 % des personnes nomme le supérieur hiérarchique direct (N+1) en tant qu'évaluateur et le cadre supérieur (N+2), la notation est arrêtée par la direction. Le cadre supérieur prend l'avis du médecin chef de service et recherche un consensus. Une infirmière dénonce le manque d'implication des médecins dans l'évaluation des personnels.

❖ La préparation à l'évaluation :

Seul, le cadre supérieur évoque un temps d'auto évaluation programmé pour les personnes évaluées et un temps de préparation pour l'évaluateur. Une aide-soignante dit ne jamais avoir eu le temps de préparer son évaluation. Ceci est aggravé par le fait que le cadre modifie les dates de rendez-vous d'entretien à la dernière minute.

❖ Le support d'évaluation :

L'entretien : 100 % des personnes identifient l'entretien comme étant la première étape.

Le support écrit : deux catégories de supports sont évoquées.

Le DRH, une infirmière et une aide-soignante évoquent la fiche de notation contenant les 5 critères administratifs. La formalisation de l'appréciation est qualifiée de subjective. L'infirmière explicite cette subjectivité par le fait que « *l'appréciation n'est pas en lien avec la qualité de l'agent* ». Elle formalise un jugement sur « *les comportements individuels au travail* ».

Le directeur des soins, l'encadrement, un infirmier et deux aides-soignantes (soit 70 % des personnes interviewées) associent la démarche d'évaluation à « *un temps de formalisation d'objectifs de progression* », « *un moyen de définir les besoins de formation, en lien avec les objectifs* ». Le directeur des soins et le cadre supérieur replacent le support d'évaluation dans son contexte historique. En effet, un groupe de travail a mis en place « *l'évaluation par objectif* », il y a une dizaine d'années. « *Ce groupe a décrit les informations recueillies sur la base d'un canevas d'entretien permettant la formalisation d'un bilan de l'année précédente, d'objectifs pour l'année à venir, d'une appréciation, des besoins en formation pour répondre aux objectifs* ». Les objectifs de progression sont en concordance avec les orientations institutionnelles, les projets de service, les projets de l'agent.

Le cadre supérieur utilise à la première évaluation « *des profils de poste spécifiques* », qu'elle a formalisés avec les cadres. « *Ce sont des documents de référence servant de base commune, les critères sont concrets, connus des évalués. Les profils de poste précisent les missions, la répartition des tâches, les liens fonctionnels, le qui fait quoi* ».

❖ La concordance des calendriers entre plan de formation continue et évaluation des personnels

9 personnes sur 10 expriment, avec satisfaction, la concordance des calendriers entre plan de formation continue et évaluation des personnels. En effet, l'entretien d'évaluation se déroule entre mai et juin, le plan de formation est arrêté par la commission de formation, en septembre, la notation est fixée en octobre. Le DRH n'évoque pas ce lien, mais sa présence très récente dans l'établissement explique ce décalage.

❖ La notation et ses effets

100 % des interviewés confirment la responsabilité de la notation à la direction.

Une infirmière parle de « *lissage des notations* » au niveau institutionnel. Cette régulation valide la reconnaissance à l'ancienneté mais réduit les marges de manœuvre. Elle regrette que « *la note ne soit pas en lien avec la qualité de l'agent et avec l'activité du service* ».

Les infirmiers et les aides-soignantes approuvent le fait que l'évaluation soit conduite par le cadre de proximité car ce dernier connaît bien son personnel mais se demande comment la direction peut les noter, sans les connaître.

Un infirmier dénonce le fait que « *certains agents ont pour motivation première, la notation* ». Ce ressenti est partagé par le DRH. L'infirmier parle d'effet pervers du système car il provoque des conflits entre les agents notamment concernant les passages en classe supérieure.

Tous portent un jugement sévère à l'encontre de la procédure administrative de l'évaluation. Ils jugent le système « *rigide, archaïque, scolaire, infantilisant, dont les critères sont obsolètes* ». Une aide-soignante qualifie le dispositif de subjectif et injuste. « *J'ai des collègues qui travaillent très bien mais qui ont des notes insuffisantes* ». Elle remet en cause l'utilité de la notation : « *qu'elle est la nécessité de la notation ?* ».

Le cadre supérieur confirme cette idée en exprimant « *un manque de cohérence entre les notes des agents* ».

Un cadre parle d'« *obsolescence* » en expliquant que « *les critères sont en décalage avec les valeurs actuelles de la société* », ils sont basés sur la ponctualité, la présentation et non pas sur l'activité et la compétence.

Le DRH, le cadre supérieur, et un cadre dénoncent la politique du ¼ de point favorisant des comportements attentistes : « *ceux qui avancent le plus vite, sont ceux qui ne font pas de vague* ». Le directeur des ressources humaines regrette l'absence de prime à l'intéressement, à l'instar du privé, l'absence de sanction et l'absence de valorisation autre que la promotion professionnelle car, celle-ci, se conjugue avec concours et mobilité donc efforts supplémentaires. Un cadre explique qu'« *il est difficile de mobiliser les gens sur des objectifs quand il n'y a pas de bénéfice à attendre à l'atteinte des objectifs* ».

Un infirmier explique la rigidité du système du fait que « *le cadre doit ménager la chèvre et le chou* » ; cela signifie qu'il est pris en porte à faux entre les demandes de la direction et les réactions des agents face à une évaluation difficile, voire négative. Le risque d'entraîner une procédure contentieuse, de révision de note, donc de devoir justifier son appréciation devant les partenaires sociaux, a pour effet de surévaluer les agents en difficulté, au profit de la paix sociale.

❖ Le rôle du cadre dans le dispositif d'évaluation

Le cadre supérieur, les cadres, un infirmier et une aide-soignante définissent le rôle du cadre dans l'écoute, la médiation, l'arbitrage, l'accompagnement et la concertation. « *Cela permet une relation de confiance entre cadre et agent* ». Ils s'accordent à dire que le climat de confiance est dépendant de la personnalité du cadre. Pour eux, le temps de l'évaluation n'est qu'un temps de formalisation.

Le cadre doit évaluer la qualité de la prestation des agents, au quotidien et leur faire des retours en temps réel, en fonction des faits observés. Un cadre parle de « *management situationnel* » ; le cadre supérieur évoque la permanence de la vigilance des cadres et ajoute « *quand la démarche est intégrée, on le fait naturellement* ».

Le directeur des soins, en accord avec ces idées, évoque le manque d'harmonisation des pratiques d'évaluation. Il estime que 30 % des cadres ne sont pas formés à l'évaluation des personnels. Le groupe de travail mis en place, il y a dix ans, avait été formé mais le turn-over de l'encadrement explique cette hétérogénéité. Un cadre évoque la résistance de ses collègues à travailler sur l'évaluation car les travaux réalisés antérieurement n'ont pas été reconnus par l'institution. Il dénonce « *un manque de cohérence entre le directeur des soins et les cadres* ».

Deux aides-soignantes regrettent le « *comportement trop neutre du cadre* » ; les renforcements positifs et négatifs ne se font pas, « *le cadre n'ose pas dire les choses* ». L'une d'entre-elle parle de « *sentiment de fatalité* » de la part du cadre. Ce dernier entend les difficultés des agents mais n'apporte pas de solutions, il ne suscite pas non plus les initiatives auprès des agents. Les aides-soignantes disent que leurs souhaits de progression de carrière ne sont pas entendus.

❖ Autres éléments abordés

Le directeur des soins fait remarquer que le dispositif d'évaluation n'est pas évalué.

Il ajoute que les informations recueillies par les cadres, à l'issu des entretiens, restent en leur possession, ne sont pas portées à sa connaissance. Seules les appréciations littérales parviennent à la direction.

2.2 Les leviers de la motivation

2.2.1 La stratégie

❖ Créer un état d'esprit

« *Créer un état d'esprit, donner du sens aux décisions prises, à notre travail* »

L'expression est reprise 4 fois, par le DRH, le cadre supérieur, 1 cadre et 1 aide-soignante. Cet item est défini par la concordance des attitudes des membres de la direction et l'encadrement face à l'évaluation. Les points clé reposent sur « *l'expression libre de chacun* », « *un moment privilégié d'expression commune* », « *le recentrage et la mobilisation des agents sur leur mission, notamment leur mission de service public* ». Le cadre supérieur évoque la nécessité d' « *une coordination entre les acteurs : médecins, cadres, directeur des soins, soignants* » L'aide-soignante traduit cela en formulant l'état d'esprit comme « *le sentiment d'appartenir à une même équipe* ».

❖ Définir une politique d'évaluation

« *Avoir une démarche stratégique basée sur la reconnaissance de l'individu au travail...l'engagement de la direction sur les réponses à donner aux agents par rapport à leur souhait de parcours professionnel* » est essentiel pour le DRH.

Le directeur des soins reprend cette idée en définissant une politique d'évaluation « *permettant la reconnaissance institutionnelle des compétences individuelles* ». Pour lui, le directeur des soins et le cadre ont pour mission de définir une stratégie pour chaque individu

Un cadre identifie la motivation comme « *l'enthousiasme* ». Sa stratégie repose sur la reconnaissance de l'investissement individuel de chacun au travers du projet de service.

Les aides-soignantes ne verbalisent pas la stratégie dans ces termes, mais elles identifient, toutes, le lien entre motivation et « *choix du métier qu'elles aiment faire* ». Cette notion se rapproche du choix d'un parcours professionnel, du respect de leurs aspirations, de leurs centres d'intérêt.

❖ Trouver une cohérence entre notation, appréciation et objectifs de progression

Pour un infirmier, la stratégie de maintien de la motivation réside dans la cohabitation entre le système administratif de notation, garant de l'équité et le dispositif d'appréciation lié aux entretiens d'évaluation permettant la reconnaissance et la gratification de l'individu au travail.

Un cadre confirme cette idée en proposant « *une réforme de l'évaluation chiffrée, sans dénaturer la déontologie ; l'éthique du service public* ».

- ❖ La motivation, élément intrinsèque à chaque individu

Le directeur des ressources humaines relativise les effets des stratégies du fait de la composante intrinsèque de la motivation.

2.2.2 Les objectifs à atteindre pour maintenir la motivation

- ❖ Créer des relations solidaires, un esprit de corps

100 % des personnes expriment la même idée, même si les mots sont différents.

Les aides-soignantes utilisent les mots de « *relations solidaires dans l'équipe* ».

Les infirmiers parlent de « *reconnaissance par la hiérarchie, les médecins, les collègues* ».

Les cadres identifient la mise en œuvre d' « *un management de concertation* ». Un cadre associe la concertation avec la mise en place d'une culture positive de l'erreur. Il dénonce « *la culture du dysfonctionnement et de la faute* » et privilégie la culture de l'auto évaluation, la valorisation des compétences.

Le DRH identifie les marges de manœuvre au niveau de la cohérence et de la responsabilisation des responsables de service (médecin chef et cadre) et de la direction. Ces personnes doivent respecter leurs engagements. Pour lui, ces comportements induisent la responsabilisation des agents, par phénomène d'exemplarité.

Le cadre supérieur ajoute qu'il est nécessaire de « *reconnaître quand on a besoin de l'autre, c'est reconnaître la compétence des autres* ».

Un cadre attend du dispositif d'évaluation, qu'il soit, aussi, un temps de feed-back sur le fonctionnement du service.

- ❖ Centrer l'évaluation sur les missions de l'agent, ses activités, ses tâches, ses compétences

3 personnes précisent spontanément que l'évaluation doit porter sur les compétences.

- ❖ Accompagner les projets professionnels de chacun

5 personnes sur 8 citent la dynamique de projet individuel comme vecteur essentiel à la motivation.

Pour le directeur des soins, cela signifie « *le respect des individualités, prendre en compte la personne dans ce qu'elle est, donner le sentiment d'être entendu* ».

Le DRH affirme que la motivation passe par « *la projection de chacun dans un avenir professionnel* ».

- ❖ Favoriser les capacités d'analyse, de discernement de distanciation

Pour le directeur des soins, ces capacités font partie intégrante de la fonction cadre. Il s'agit « *de susciter une réflexion positive, constructive et dynamique sur chaque agent* ». Il évoque également la force de l'exemplarité pour installer ce mode de pensée.

2.2.3 Les moyens de maintenir la motivation

- ❖ Le climat de travail, le management des ressources humaines

Les grandes lignes, en terme de management, se dessinent clairement. Globalement, les moyens proposés par les interviewés sont très homogènes, quelle que soit la catégorie professionnelle, même s'ils n'évoquent pas le même niveau de responsabilité. Les infirmiers et les aides-soignantes citent surtout le rôle du cadre et parfois celui du médecin. Les cadres, le directeur des soins et le DRH explorent un autre niveau de responsabilité et notamment celui de la direction dans la mise en œuvre du management des ressources humaines.

Les points convergents sont au nombre de 3 et sont explicités ci-dessous.

La qualité de la relation entre agent et supérieur hiérarchique

Elle doit être basée sur « *l'écoute, le dialogue, la concertation, les échanges, le respect mutuel, la clarté des propos et la facilité de communiquer* ».

Les infirmiers et les aides-soignantes attendent, tous, « *des renforcements positifs et négatifs* » concernant leur qualité de prestations, leur niveau de compétence, de la part de leur cadre. Ils veulent de « *la clarté, de l'honnêteté, des encouragements et des valorisations quand ça va bien* » et souhaitent que « *le cadre dise, quand ça ne va pas* ». L'absence de verbalisation, de la part du cadre, est vécue comme « *un sentiment d'injustice, de non reconnaissance* ».

Un cadre explique que « *les leviers de valorisation, d'accompagnement ou de sanction sont dans l'observation et l'analyse des situations au quotidien* ». Cependant, il évoque des difficultés pour trouver « *le bon dosage entre les retours positifs et négatifs pour rester efficace, c'est différent en fonction de la maturité professionnelle de chacun* ».

Le cadre supérieur cite l'importance des réunions cadres et médecins en tant que « *temps de parole, partage de réflexion, temps de projection sur l'avenir, lieu de prise de décision partagée* ». Pour lui, la motivation réside dans « *l'enrichissement individuel dû à la qualité des échanges professionnelles, dans la capacité d'utiliser le groupe comme ressource* ». Il attend une attitude similaire de la part du directeur des soins « *quand je suis évalué, je veux être entendu aussi et je fais passer le message du sens que j'ai donné à mon travail, dans l'année* ».

Le directeur des soins cite également le principe des retours positifs et négatifs, « *les premiers étant valorisés, les seconds nécessitant une démarche d'accompagnement* ».

Le cadre supérieur évoque la nécessité de « *reconnaître aussi les limites de chacun* ».

Le DRH évoque l'importance de « *la conscience des cadres relative à leur zone d'influence, de pouvoir* » et ajoute « *les cadres se doivent d'aider les autres, dans leur mission* ».

Un besoin de repères

Ce point est abordé par tous les interviewés.

Le cadre doit « *rappeler les règles au quotidien, en fonction des évènements* », dit une aide-soignante.

Les cadres s'accordent pour dire « *la règle n'est pas à débattre mais ce qui est à débattre, c'est de savoir comment on va faire pour être vivre la règle* » ou encore « *reconnaître les impératifs institutionnels non négociables mais évacuer les émotions, le ressenti pour chercher, ensuite, comment l'appliquer* ».

La mobilisation des personnes autour de leurs centres d'intérêts

Là encore, l'item est évoqué par tout le monde.

Deux aides-soignantes proposent « *d'être acteur du changement* », elles souhaitent « *avoir la possibilité de faire des propositions, de prendre des initiatives, de sortir de la routine* ».

Une infirmière se mobilise au travers des missions transversales qu'elle a choisies.

Les cadres dynamisent les personnels autour de « *missions spécifiques pour leur donner une plus grande marge de manœuvre* ». Il s'agit de mettre en exergue les compétences spécifiques de chacun pour répondre à une mission.

« *Faire participer les agents à la définition du projet de service* » permet de reconnaître leur force de proposition. Les cadres identifient, dans ce domaine, la nécessité d'une bonne cohésion entre cadre, cadre supérieur et médecin chef de service. Le cadre supérieur maintient sa motivation par « *l'enrichissement lié au caractère transversal de sa mission, la capacité de concevoir des projets* ». Les cadres identifient « *la formation diplômante* » comme un autre facteur de motivation. « *La formation permet la professionnalisation grâce au temps de recul, au partage d'expérience qu'elle procure* ».

Le directeur des soins intervient, dans ce domaine, en disant « *il s'agit d'éviter de les prendre pour des irresponsables, la majorité des professionnels viennent travailler dans le souci de bien faire* ». Il clarifie son rôle en proposant « *l'adéquation la plus proche possible entre le poste et les attendus individuels* ». Il respecte, le plus possible, les centres d'intérêts de chacun pour décider des lieux d'affectation. Sa stratégie réside, aussi, dans la définition des moyens de promotion (formation continue, projet professionnel, organisation du travail). Les décisions sont prises après une analyse commune avec les cadres, sans jugement hâtif, en favorisant l'expression de chacun, la capacité de discernement de l'encadrement.

Le DRH évoque la nécessité d'un « *réel engagement de la direction à donner les moyens aux personnels pour s'inscrire dans un parcours professionnel choisi. Cela fait appel à la co-responsabilité entre direction, encadrement et agent* ».

❖ La procédure d'évaluation

L'information, sur la procédure en place, est essentielle. Les étapes, le calendrier, le rôle de chacun sont cités 2 fois.

La phase d'auto évaluation, le temps de préparation pour l'évaluateur sont cités 5 fois sur 10.

Les critères d'évaluation doivent être en lien avec l'activité réelle, le profil de poste, la compétence de chaque agent ; cet élément est cité 8 fois sur 10. Un cadre définit les items principaux : « *les compétences techniques, les compétences relationnelles, l'implication dans la vie institutionnelle. Les cadres auraient un item supplémentaire, à savoir les compétences managériales* ».

Le DRH envisage « *la mesure de la place de l'agent dans l'équipe, sa capacité d'initiative, sa capacité d'analyse de son propre travail et du travail de l'équipe* ».

La projection dans l'avenir paraît également incontournable. Tous souhaitent la formalisation d'objectifs personnels issus du diagnostic posé avec le cadre et permettant de répondre à leurs projets professionnels ou aux projets institutionnels. La contractualisation d'objectifs et de moyens fait l'unanimité. La formalisation des moyens suppose, en terme de formation, une concordance des calendriers entre le plan de formation continue et la procédure d'évaluation. Seul, le DRH propose un plan de formation pluriannuel, sur 3 ans.

Le réajustement en terme d'organisation du travail fait partie intégrante du contenu de l'évaluation. Les cadres sont demandeurs, auprès des agents, d'une analyse du fonctionnement du service, de l'organisation mise en place. Un cadre utilise les informations recueillies pour en faire une synthèse en équipe et identifier, avec elle, les réajustements envisageables.

L'implication des médecins dans le dispositif d'évaluation est peu abordée. Seule, une infirmière estime que l'implication médicale est insatisfaisante. Elle ne se sent pas suffisamment reconnue par eux.

Le lien entre la notation et l'entretien d'évaluation est évoqué systématiquement mais de façon différente. Une infirmière souhaite différencier le temps de la notation et le temps de l'entretien. Elle propose deux entretiens annuels, périodicité plus adéquate pour garantir un meilleur suivi des axes de progression ; le temps de la notation devant être un troisième temps. Les autres personnes pensent que les deux systèmes peuvent être imbriqués, l'un n'ayant pas le même sens que l'autre. L'entretien vise plutôt la professionnalisation, l'implication au travail ; la notation fait appel à l'ancienneté, génère l'avancement et influe sur le montant de la prime. Tous, préconisent que le temps de l'évaluation soit « *un temps de reprise, un temps de formalisation* », « *on ne découvre rien pendant l'évaluation* ». Cela nécessite des échanges quotidiens, des retours positifs et négatifs en temps réel ; la vigilance des cadres sur ce point est essentielle. Le directeur des soins précise l'importance de la traçabilité de ces constats quotidiens pour faciliter la formalisation, au moment de l'évaluation.

❖ L'intéressement

L'intéressement collectif a été évoqué par 3 personnes sur 10.

Un cadre n'adhère pas à cette proposition : « *on n'est pas assez impliqué dans la gestion financière du service. Il n'y a pas de lisibilité sur les moyens dont on dispose. Il faut connaître les munitions dont on dispose pour atteindre les objectifs* ».

Selon le directeur des soins, « *les moyens pour fonctionner ne doivent pas se mériter* ».

Le DRH ne l'envisage que « *s'il est lié au développement de l'activité ou à l'amélioration des conditions de travail* ».

L'intéressement individuel constitue un levier de motivation, mais il peut prendre des formes différentes.

L'intéressement financier est évoqué, sous certaines conditions, par 3 personnes. Un cadre y est favorable mais avec prudence, « *la prime et la notation en lien avec l'atteinte des objectifs, c'est bien mais sans que ce soit le seul moyen car il y a un risque d'inéquité* ». L'autre cadre et une aide-soignante souhaitent « *un lien entre la prime et la compétence, système de valorisation de l'implication au travail* ».

4 autres personnes ont un avis opposé. Une aide-soignante affirme « *c'est peut-être motivant à première vue, mais la prime ne permet pas de changer. On ne peut pas jouer un rôle pendant un an, pour la prime* ». Selon le cadre supérieur, « *la motivation n'est pas de ce registre là, ce n'est pas d'ordre financier* ». Une infirmière affirme « *la prime doit rester à l'ancienneté pour garantir l'équité* ».

Le directeur des soins estime que « *aujourd'hui, on n'est pas en capacité de mesurer la performance de chacun, par conséquent, cela est difficile de baser le système sur des valorisations financières individuelles* ».

D'autres intéressements individuels sont évoqués, tels que :

- les moyens en formation pour répondre aux objectifs individuels,
- la possibilité de réinvestir la formation sur les lieux de travail,
- la possibilité de se servir des grilles d'évaluation des compétences pour améliorer l'accompagnement des stagiaires et des nouveaux agents
- et enfin, l'affirmation du lien entre évaluation et valorisation des compétences par la rapidité d'avancement, la réactivité en terme de mobilité interne ou de promotion professionnelle en fonction d'un projet personnel.

❖ Les indicateurs

Quelques indicateurs de réussite sont évoqués tels que la diminution du taux d'absentéisme, l'amélioration de la qualité de la prise en charge, l'amélioration des compétences, la diminution du nombre des recours au syndicat concernant la notation des agents, le taux de satisfaction des agents concernant la procédure d'évaluation.

2.3 La gestion prévisionnelle des ressources humaines

2.3.1 La stratégie à mettre en œuvre

Les infirmiers et les aides-soignantes ne se sont pas exprimés sur cette dimension.

Seuls, l'encadrement, le directeur des soins et le DRH définissent une stratégie. Nous constatons une stratégie commune, basée sur le partage d'informations. Les idées forces sont au nombre de trois.

❖ Mettre en place « *une démarche participative* », selon le DRH.

Le directeur des soins qualifie cette démarche de « *processus dynamique et interactif* ».

Les cadres identifient « *un mode de management basé sur la confiance et les échanges pour obtenir des informations spontanées* ».

❖ Faire de l'évaluation, un outil de professionnalisation

Le directeur des soins et le DRH évoquent, tous deux, la professionnalisation. Le directeur des soins suggère « *la recherche de la cohérence entre les compétences attendues et les compétences requises* ». Il envisage de « *se servir des compétences individuelles pour obtenir une compétence collective* ».

❖ Mettre en place une démarche d'anticipation

Les cadres précisent que l'évaluation permet la « *transmission d'informations à la direction pour permettre l'anticipation des réponses aux besoins individuels* ». Les besoins pris en compte sont ceux qui ont un impact sur la structure.

Le directeur des soins place l'anticipation dans la recherche de « *cohérence entre les missions évolutives de l'établissement et les compétences attendues* ».

Le DRH évoque l'anticipation pour « *diminuer les incertitudes sur les flux de personnels, liées au départ en retraite, par exemple* ».

2.3.2 Les objectifs

L'encadrement, le directeur des soins et le DRH définissent les objectifs tels que :

- « *Anticiper les recrutements* » pour le DRH
- « *Recentrer les personnels sur leurs missions* » est un objectif commun au directeur des soins et aux cadres. Il s'agit de faire de l'évaluation « *un temps solennel de formalisation où les agents reconsidèrent leur rôle dans la structure* » et, par la même occasion, « *éviter les dispersions* ». L'accent porte, ici, sur l'adéquation des projets individuels et des missions institutionnelles.
- « *Anticiper les flux de personnels* » en obtenant des informations sur leurs souhaits de projets professionnels, de mobilité, de promotion, de formation ; de changement de temps de travail, de période de reprise de travail après un congé de maternité, par exemple.
- « *Réactualiser les profils de poste* » : le directeur des soins ajoute que les informations obtenues sur les pratiques et l'organisation du travail, suite aux entretiens avec les professionnels de terrain, permettent de réajuster les profils de poste en fonction de cette réalité. C'est en ce sens que le dispositif est interactif.

2.3.3 Les moyens

❖ Un outil de gestion des informations

Le directeur des soins, le DRH et l'encadrement proposent la mise en place « *d'une base de données informatiques communes et partagées* ». Elle est envisagée sous forme de tableaux de bord des mouvements potentiels et avérés des personnels. Cette base est alimentée par les cadres, cadres supérieurs, directeur des soins et DRH dès qu'une information leur parvient. La pyramide des âges et un tableau de bord de formations souhaitées et réalisées sont également évoqués.

Les cadres soulignent leur besoin de connaissance relatif aux effectifs budgétés et opérationnels. Nous constatons une volonté commune de partage d'informations mais cet outil n'est pas créé à ce jour. Chacun construit ses propres tableaux de bord, informatisés ou non. Le partage d'informations n'est pas formalisé.

❖ La méthode d'évaluation, support de recherche d'informations

Le directeur des soins et le DRH évoquent l'importance des profils de poste sur la qualité des informations recueillies. Le premier identifie « *le besoin de faire évoluer les profils de poste en fonction de l'évolution des services et des besoins de compétences inhérents à cette évolution* ». Ce réajustement pourrait avoir lieu annuellement, après la procédure d'évaluation. Le second définit les profils de poste comme « *la référence construite avec les professionnels concernés* ».

Cet outil permet « *d'objectiver les glissements de tâches et de les éviter* » ainsi, on obtient « *la professionnalisation de tous les acteurs de la chaîne* ».

Les objectifs formalisés des services et des professionnels permettent de « *définir un plan d'accompagnement individualisé* », pour les cadres, en terme de formation, de mobilité, de promotion. Ce point est en lien avec « *la recherche des potentiels* » auprès des personnels.

Au delà du support écrit de l'évaluation, le directeur des soins et l'encadrement précisent que la qualité de la relation, au moment des entretiens, est primordiale. Seul, « *un climat favorable aux échanges, un climat de confiance* » permet l'obtention des informations. De plus, ils préconisent de « *faire du temps de l'évaluation, un temps de formalisation uniquement, un arrêt sur image* ». Les informations sont recueillies au quotidien et formalisées pendant l'entretien. La traçabilité des informations est importante, notamment en matière de « *responsabilisation des acteurs* » et de surcroît lors de « *situations contentieuses au moment de la notation* ».

- ❖ La concordance des calendriers entre le plan de formation continue et le dispositif d'évaluation

Ce moyen étant mis en place dans la structure, il est jugé acquis. Ceci explique que, seul, le cadre supérieur y fait référence. Cependant, les autres personnes l'ont évoqué dans la description du dispositif actuel d'évaluation, en confirmant l'efficacité de cette organisation.

- ❖ La composante temps

Elle est évoquée par le DRH non seulement pour utiliser et renseigner les tableaux de bord mais aussi et surtout pour obtenir l'appropriation de la démarche par l'ensemble des acteurs.

2.3.4 Les limites

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) est un outil intéressant mais difficile à mettre en œuvre du fait « *des lenteurs de procédures administratives* » notamment en matière d'embauche. Le DRH précise que 4 à 6 mois, sont nécessaires pour recruter selon la procédure réglementaire, cela représente « *un manque de réactivité évident* ».

2.4 Les rôles du directeur des ressources humaines et du directeur des soins

2.4.1 La stratégie du directeur des ressources humaines et du directeur des soins

La dimension stratégique est absente, pour les infirmiers et les aides-soignantes.

L'encadrement, le directeur des soins et le DRH ont une vision similaire de la stratégie à envisager.

- ❖ La définition d'une stratégie commune en matière de gestion des ressources humaines

« *L'évaluation est le socle d'une cohérence managériale* ». Le DRH évoque « *une politique commune de gestion des ressources humaines* » entre le DRH et le directeur des soins, dans le domaine soignant, mais aussi entre le DRH et les autres directions fonctionnelles. Il fait référence à la politique de l'établissement. Pour le directeur des soins, « *cette politique vise à accompagner les professionnels dans le cadre de projets individuels en lien avec les objectifs de l'institution* ».

Les cadres qualifient la stratégie en terme de « *cohérence d'attitudes* » d'une part, et d'autre part de « *clarification des attentes* », « *d'harmonisation des pratiques et de clarté de la politique de l'établissement en matière d'évaluation des personnels* ». Cette congruence conduit à « *la crédibilité de l'équipe de direction face aux agents* » selon le DRH et le directeur des soins.

Pour le cadre supérieur, « *la cohérence en matière de management définit clairement la place de l'individu dans la structure* ».

❖ Donner du sens à l'évaluation

Le directeur des soins et l'encadrement sont en accord pour identifier la même finalité, « *la finalité est bien dans la mise en place d'une culture de l'évaluation au service de l'amélioration de la qualité des soins et de la performance. L'évaluation assure la pérennité du développement des activités* ».

Par ailleurs, le directeur des soins a une réelle liberté d'action dans ce domaine ; faire de l'évaluation un « *vecteur de responsabilisation, le reflet d'un mode managérial construit autour de la participation et de la professionnalisation des personnels* ».

2.4.2 Les objectifs

❖ Avoir une démarche commune en lien avec les priorités institutionnelles

Le DRH aborde l'évaluation sous l'angle de « *la concordance entre objectifs formalisés lors de l'évaluation et les impératifs budgétaires, les orientations du projet d'établissement, la politique de gestion des ressources humaines* ».

Le directeur des soins cible la démarche commune au travers de la politique de promotion professionnelle et du dispositif d'évaluation de la procédure d'évaluation des personnels.

Les cadres souhaitent une ligne de conduite générale harmonisée concernant la mobilité interne et la promotion.

Les infirmiers et les aides-soignantes ne se sont pas exprimés sur ce point.

❖ Atteindre une professionnalisation maximale

Le directeur des soins et un cadre identifient le rôle du directeur des soins dans la mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation conduisant à la professionnalisation. Ils en ont la même conception : « *être capable de répondre à la mission d'évaluation des ressources humaines avec distanciation, hors affect entre les hommes, sans atteinte à l'identité des personnes. Il s'agit de dissocier la fonction de la personne* ».

Le directeur des soins met en exergue l'impact sur « *la professionnalisation des cadres* ». Le cadre ajoute que « *l'outil d'évaluation participe à l'identité professionnelle en recherchant les potentialités de chacun et en favorisant la promotion professionnelle* ».

❖ Impulser un nouveau dispositif d'évaluation

Les infirmiers et les aides-soignantes définissent le rôle du directeur des soins dans « *l'impulsion d'un nouveau dispositif d'évaluation* ». Ils le qualifient également de « *médiateur* », lors de conflits entre le cadre et eux.

Les cadres attendent du directeur des soins, « *une attitude modélisante* » en matière d'évaluation. Ils souhaitent que le dispositif d'évaluation satisfasse les agents et permette une photographie des compétences existantes sur l'établissement.

Le directeur des soins souhaite « *un partage clair des rôles de chacun dans le processus d'évaluation, notamment entre le DRH et lui* », positionnant le DRH sur une approche plutôt quantitative et budgétaire et lui sur un versant davantage qualitatif.

2.4.3 Les moyens

❖ Le respect de la décision partagée

Le DRH évoque, d'une part, le partage d'idées, la réflexion commune entre les directeurs, le directeur des soins, le président de CME et le président du CA et d'autre part, le respect des décisions prises : « *La prise de décision partagée et le respect de cette décision lors de la mise en œuvre* ».

Le directeur des soins positionne les cadres supérieurs en tant que « *collaborateurs dans la conception et mise en œuvre de la démarche, notamment au moment de la communication auprès des cadres et des équipes* ».

❖ La formation des cadres

Le directeur des soins envisage « *une sensibilisation des cadres évaluateurs à l'écoute, à la place de l'affect dans l'évaluation, d'une part et d'autre part, à la qualité des écrits, la pertinence de l'information, la formalisation d'une appréciation basée sur des faits* ». Il pense se servir de toutes les situations et difficultés rencontrées pour sensibiliser les cadres. D'autre part, le caractère modélisant des attitudes du directeur des soins, est une certitude pour lui.

Le phénomène d'exemplarité se transmet à tous les maillons de la chaîne et porte sur le sens que l'on donne à la gestion des ressources humaines : « *Le respect d'autrui, l'écoute, l'analyse des situations, la reconnaissance du rôle de chacun dans une situation donnée sont les valeurs fondatrices en matière de gestion des ressources humaines* ».

❖ La pertinence de l'outil d'évaluation

Les cadres attendent du directeur des soins, « *la mise en place d'outils communs* » tels que : la formalisation de l'autoévaluation, la formalisation des critères communs d'évaluation garants d'équité entre les agents, l'identification des niveaux de compétences sur les grilles d'évaluation.

❖ La gestion qualitative des ressources humaines

Les aides-soignantes, les infirmiers, les cadres placent le directeur des soins dans l'approche qualitative de la gestion des ressources humaines, « *il s'agit de diffuser et de mettre en place les possibilités de mobilité, d'organiser les changements de temps de travail, d'être le médiateur en cas de conflit, d'être capable de nous entendre, de nous reconnaître, de venir nous voir sur le terrain, d'être abordable, d'être en relation avec les cadres et de prendre leurs avis* ».

Une infirmière pense que « *le directeur des soins ne doit pas s'impliquer dans la procédure d'évaluation des agents, il ne nous connaît pas assez, comment peut-il porter un jugement ?* ».

❖ La reconnaissance financière

Un cadre positionne le DRH dans « *la formalisation du lien entre prime et reconnaissance individuelle* ».

❖ Le suivi du dispositif d'évaluation

Le directeur des soins et un cadre préconisent l'évaluation du dispositif d'évaluation en mettant en place une enquête de satisfaction auprès des agents.

Le directeur des soins souhaite évaluer également le niveau d'harmonisation de la démarche et de formalisation des écrits. Il évoque la mise en place d'indicateurs de suivi tel que le nombre de recours en Commission Administrative Paritaire Locale.

3 SYNTHÈSE GLOBALE DES ENTRETIENS

La synthèse globale vise à retenir les points essentiels issus des entretiens avec les professionnels et à les confronter aux hypothèses préalablement énoncées.

Pour rappel, les hypothèses sont les suivantes :

- Les valeurs et objectifs partagés entre le directeur des soins et le directeur des ressources humaines permettent de préciser les finalités de l'évaluation pour orienter la conception du dispositif de l'évaluation.
- Une sous-exploitation des informations issues des entretiens d'évaluation ne facilite pas la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.
- Le temps de l'évaluation permet de définir les projets professionnels et d'accompagner les individus, levier indispensable au maintien de la motivation des personnes au travail.

Les rôles du directeur des ressources humaines et du directeur des soins sont, bien sûr, dans la définition des objectifs à atteindre au niveau institutionnel, la définition du sens à donner à l'évaluation. Cependant, la clarté et la cohérence des messages apparaissent plus importantes que le contenu du discours lui-même. Ceci permet de dire que la première hypothèse est partiellement confirmée. En effet, les infirmiers et les aides-soignantes ne perçoivent pas clairement le rôle du directeur des soins et du directeur des ressources humaines. Cela signifie que la dimension stratégique du dispositif d'évaluation n'est pas perçue par les professionnels de terrain.

Pour les cadres, il apparaît clairement que le directeur des soins a un rôle essentiel dans l'harmonisation des pratiques, la responsabilisation des acteurs, la définition des rôles de chacun, la formation des cadres, l'évaluation de la procédure.

Le directeur des ressources humaines est identifié, sans équivoque, sur la clarification du lien entre évaluation et prime personnelle.

Le sens commun donné à l'évaluation est la professionnalisation, la responsabilisation des acteurs.

Concernant la sous-exploitation des informations pour mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des ressources humaines, cette hypothèse est confirmée ; mais là aussi, elle est réductrice.

Nous nous apercevons que les professionnels de terrain ne reconnaissent pas cette problématique comme étant une préoccupation de l'établissement. Ils n'envisagent cette gestion qu'au travers de la formation continue. L'hétérogénéité des pratiques peut expliquer ce phénomène.

Les cadres et la direction aspirent à la mise en place d'outils partagés permettant la prise en compte de tous les aspects de la gestion des ressources humaines : mobilité, promotion, formation continue, profils de postes, départs et recrutement.

Là aussi, au delà de l'exploitation des informations, le rôle du cadre est primordial. Il impulse une relation de travail propice aux échanges d'information, en toute confiance. Cela induit un changement culturel où la représentation de l'encadrement est davantage tournée vers l'accompagnement et la communication que vers le jugement ; par conséquent, le temps nécessaire à l'appropriation est indéniable. Enfin, le système d'information partagée peut être performant mais on se heurte encore aux lenteurs procédurales de la fonction publique hospitalière.

Lorsque l'on aborde la motivation au travail et ses leviers, les approches sont très similaires. Elle est définie comme la reconnaissance des besoins individuels, le respect des individualités. Les relations solidaires, l'esprit d'équipe et la projection de chacun dans un parcours professionnel semblent être essentiels. Tous accordent, la recherche de potentialités, l'aide à la projection dans l'avenir, au rôle du cadre.

L'encadrement est également le garant du respect de la règle ; les professionnels attendent, de lui, la définition des repères, du négociable et du non négociable, la formulation des renforcements positifs et négatifs. Les maîtres mots du climat de travail sont l'écoute, la confiance réciproque, les temps d'échanges et de réflexion entre professionnels.

Au delà de la pratique quotidienne, l'accent est mis sur la cohérence, le sens commun donné à l'évaluation, par la direction, les cadres et les professionnels de terrain. Cela sous-tend une harmonisation des pratiques sur toute la chaîne hiérarchique. L'intéressement est très discutable, il semble plus pertinent au niveau individuel que collectif. L'intéressement financier ne fait pas l'unanimité.

L'hypothèse concernant la motivation est confirmée mais elle est incomplète. Nous l'avons démontré concernant l'accompagnement des professionnels, la projection d'un projet professionnel. Mais, le rôle du cadre est tout aussi important dans la détermination du climat de travail et dans la cohérence du sens donné à l'évaluation, à tous les niveaux hiérarchiques, pour le maintien de la motivation.

Enfin, nous constatons que, sur un même établissement, le dispositif d'évaluation est utilisé de façon différente, malgré un travail réalisé par les cadres, il y a une dizaine d'années. Deux pratiques prépondérantes se côtoient, l'une basée sur la procédure administrative, la notation, l'autre fondée sur l'évolution, la formation des agents.

De ce fait, les outils employés sont différents, les uns se servent exclusivement de la fiche de notation, les autres élaborent des grilles d'évaluation à partir de profils de poste.

Ces derniers définissent les objectifs de progression individuels ; la fiche de notation passe au second plan mais reste en vigueur pour répondre à la procédure réglementaire. Par conséquent, les profils des cadres sont différents, les uns exécutants de la procédure administrative ont peu de marge de manœuvre. Ils sont peu engagés dans le dispositif, par peur des recours contentieux.

Les autres recherchent la libre expression de chacun et définissent leurs missions dans l'accompagnement des professionnels. La formation continue est un moyen important dans l'atteinte des objectifs.

La diversité des pratiques, sur un même établissement, dépasse le champ des hypothèses posées. En effet, ce point n'a pas été envisagé dans le projet de recherche mais il explicite le manque de lisibilité de la finalité de ce dispositif et par conséquent, les différentes perceptions de l'évaluation par les professionnels. Cet élément complète la première hypothèse, dans le sens où il révèle toute l'importance de la mise en œuvre d'une démarche cohérente, harmonisée. Il apparaît, ainsi, évident que le directeur des soins a un rôle prépondérant dans la clarification du sens à donner au dispositif d'évaluation pour obtenir la cohérence du système et l'implication des acteurs.

Riche des enseignements tirés de l'enquête et au regard des cadres conceptuel et réglementaire relatifs à l'évaluation des personnels, nous pouvons, dès lors, en tant que directeur des soins et membre de l'équipe de direction envisager des propositions d'actions. Ces préconisations font l'objet de la troisième partie de notre travail.

3EME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS ET ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS

Les éléments recueillis auprès des professionnels de catégories différentes au sein d'un même établissement ont permis de comprendre la difficulté de parvenir à la mise en œuvre cohérente d'une démarche, à l'adhésion à des valeurs communes, à un cadre de référence commun et partagé pour un même dispositif.

Le cadre conceptuel relatif à l'évaluation des personnels a permis d'en clarifier les finalités, les dimensions humaines, organisationnelles et techniques.

Ces aspects nous conduisent à proposer des actions pour passer d'un processus de notation et d'appréciation à un processus d'évaluation des compétences, pierre angulaire du management des ressources humaines.

Pour atteindre cet objectif, les préconisations portent sur trois volets :

- La place du dispositif d'évaluation des compétences dans la gestion des ressources humaines
- Le rôle du directeur des soins
- Les outils de l'évaluation des compétences.

1 LA PLACE DU DISPOSITIF D' EVALUATION DES COMPETENCES DANS LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

1.1 La dimension stratégique de la gestion des ressources humaines

1.1.1 Le champ de la gestion des ressources humaines

La GRH est complexe, elle touche à :

- La gestion administrative et statutaire dont la notation, l'avancement, le recrutement, les rémunérations
- La gestion financière, d'une part individuelle, dans le cadre des modalités de rémunération, de primes et indemnités et d'autre part, collective au travers de la maîtrise de l'évolution de la masse salariale
- La gestion des compétences caractérisée par l'approche métier (au-delà de la qualification). Elle intègre l'évaluation, la formation, la mobilité, la promotion des agents et induit des perspectives en terme de recrutement.
- La gestion de l'organisation du travail au travers des situations réelles de travail, s'intéressant plus particulièrement aux conditions de travail et aux horaires.

Il s'avère que l'évaluation des compétences est un processus en interface avec l'ensemble des champs d'action de la GRH et qu'elle partage le même objectif global : *« disposer, à l'endroit requis et en temps et en heure, des compétences nécessaires en nombre suffisant...pour faire face aux missions de chacun des secteurs d'activité de l'institution hospitalière »*.²⁰

1.1.2 Les finalités de la gestion des ressources humaines

Il est essentiel de positionner la GRH dans le cadre des missions de l'établissement. A quoi servent les professionnels dans une structure donnée ? Là est le sens premier d'un dispositif de gestion des ressources humaines et notamment du dispositif d'évaluation des compétences basé sur la professionnalisation, la qualité du service rendu. Par conséquent, la dimension stratégique est primordiale car il s'agit de doter l'établissement de personnels capables d'activer la mise en œuvre du projet d'établissement, dans toutes ses composantes : projet médical, projet de soins, projet social, projet qualité, projet logistique, projet du système d'information. Le projet d'établissement fédérateur, mobilisateur répond, lui-même à la qualité de la prise en charge des personnes soignées. Faire face aux évolutions technologiques, aux orientations en matière d'offre de soins, aux normes sécuritaires nécessitent de la clairvoyance, une grande adaptabilité, une bonne réactivité. Comment réaliser cela sans anticiper et faire évoluer la 1^{ère} ressource de l'hôpital : ses hommes ?

Le dispositif d'évaluation des compétences est basé sur la qualité de la prestation, en lien avec les activités réelles de chaque professionnel.

1.1.3 La spécificité de la gestion des ressources humaines

*« Il me semble que la mise en œuvre de la GRH nécessite, au préalable une réflexion éthique et que toute personne appelée à gérer des hommes doit se poser, en permanence, la question de la juste décision, dans le cadre, bien sûr, des dispositions légales et réglementaires en vigueur...comment prendre en compte à la foi, la dimension collective et la dimension individuelle,...concilier justice sociale et efficacité économique »*²¹

Cette approche est véritablement le cœur de la GRH et contribue à en définir sa dimension stratégique.

²⁰ DONIUS B. chapitre 1 *Le développement des ressources humaines, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, Tome 2. Coordination DERENNE O., LUCAS.A Rennes : ENSP, 2002. 294p

²¹ DERENNE O., LUCAS.A., *Le développement des ressources humaines, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, Tome 2. Rennes : ENSP, 2002. 294p

En effet, il s'agit de maintenir la motivation individuelle, de maintenir un climat social serein, d'impulser des compétences individuelles au profit d'une compétence collective pour répondre à un projet commun. La projection de chacun, à la fois dans la réalisation de son parcours professionnel et dans sa contribution à l'évolution de la structure, clarifie la conception de l'homme au travail et pose la base éthique de la GRH. Le professionnel est une richesse et non un coût pour l'institution. Comment maintenir et faire fructifier cette richesse ? Le dispositif d'évaluation des compétences est un outil basé sur la recherche et la réponse aux aspirations individuelles, la recherche et la réponse aux exigences professionnelles inhérentes au métier, aux activités. La dimension sociale, l'adhésion des personnels et des partenaires sociaux sont incontournables car maintenir la motivation ne peut se réaliser que dans un climat de travail serein où la confiance, le dialogue, le respect, la responsabilisation sont intégrés. Ainsi, la démarche d'évaluation des compétences est formalisée dans le projet social.

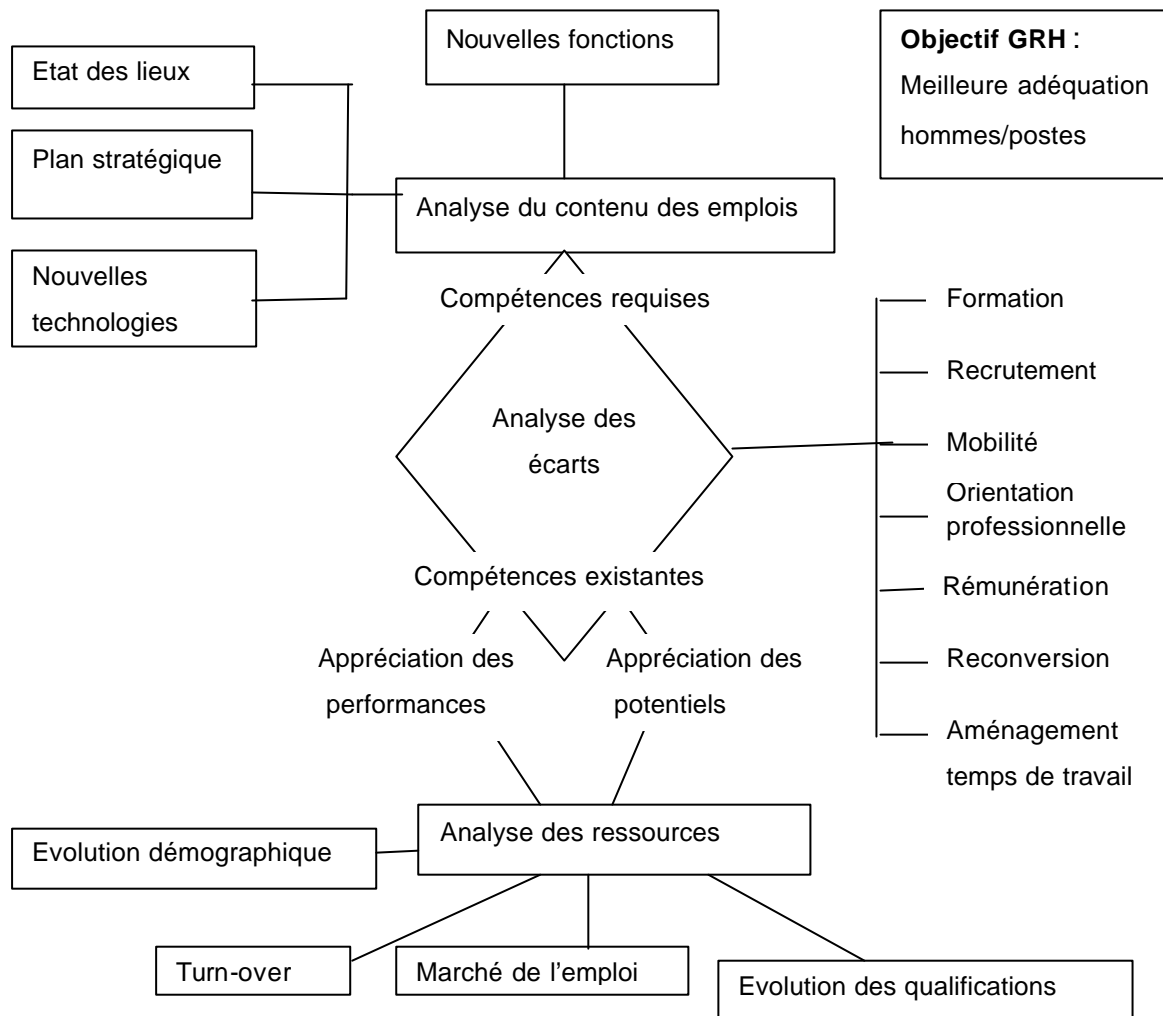
1.2 Le processus d'évaluation des compétences au cœur des autres processus de GRH

La place de l'évaluation ou la mesure des écarts entre compétences requises et compétences existantes est centrale dans le système de gestion des ressources humaines. L'analyse de cet écart retentit sur tous les autres processus de GRH. L'évaluation des compétences génère l'identification des besoins en formation, induit des possibilités de mobilité interne, d'orientation professionnelle, de reconversion. Le temps de l'évaluation donne des informations sur les souhaits de changement de temps de travail, les évolutions en terme d'organisation du travail. La faisabilité et la mise en œuvre de ces évolutions sont en lien avec les données environnementales que sont la démographie des personnels, le turn-over, le marché de l'emploi, l'évolution des qualifications. Les autres éléments interférents également sur les prises de décision sont les orientations stratégiques de l'établissement, les nouvelles technologies et les nouvelles fonctions.

Les décisions prises en matière d'évolution de carrière passent par l'appréciation des potentiels et ont des conséquences sur la rémunération à plus ou moins long terme. Un dispositif d'évaluation des compétences peut avoir aussi des répercussions sur le partage de la prime.

Toutes les décisions prises en interne rejouent sur la politique de recrutement à adopter pour obtenir la meilleure adéquation hommes/postes de travail.

Le schéma suivant illustre la place de l'analyse qualitative dans la gestion de l'emploi et des compétences²²



C'est en ce sens que l'évaluation des compétences est un levier à une approche systémique de la GRH ; elle est au carrefour de tous les processus intégrés dans la politique de GRH. L'évaluation n'a de sens que si elle est suivie d'effets. C'est dans cet optique que la démarche d'évaluation prend tout son sens, devient cohérente. Il s'agit de la faire vivre pour que les professionnels, à tous les niveaux, perçoivent cette ligne directrice, cette ambition, ce renversement : « *passer de la gestion des compétences à la gestion par les compétences* »²³

²² Ibid. ²⁰

²³ PARLIER M.. "Reconnaître les compétences". . *Revue Personnel*, Aout-Septembre 2002, n°412, pp 71-75

2 LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS

2.1 Sa légitimité dans le dispositif d'évaluation

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, dispose, par délégation du chef de l'établissement, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. Le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière précise qu'il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique et assure l'animation de l'encadrement. Il élabore le projet de soins, le met en œuvre. Il contribue à l'élaboration des programmes de formation, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins, participe à la gestion des personnels paramédicaux.

Il est donc amené à concilier gestion des soins et gestion administrative. Ces deux logiques se retrouvent dans l'évaluation des personnels paramédicaux. Le système d'évaluation s'intègre dans la gestion globale des ressources humaines ; domaine relevant de la compétence du directeur des ressources humaines. Ainsi, l'évaluation des personnels paramédicaux ne peut se concevoir que dans une approche commune et partagée entre le DRH et le directeur des soins.

2.2 La collaboration directeur des ressources humaines et directeur des soins

Pour garantir la pérennité du système d'évaluation et sa cohérence, le directeur des soins et le directeur des ressources humaines définissent ensemble une stratégie commune en matière de GRH, clarifient les objectifs de l'évaluation et décident d'une stratégie de conduite de changement. La finalité de cette collaboration est d'une part, la cohérence des décisions face aux priorités institutionnelles et d'autre part, la cohérence des attitudes, la clarté des directives face aux personnels. L'engagement de la direction est primordial ; celle-ci ancre le dispositif d'évaluation dans le projet social. Le directeur des soins positionne le projet d'évaluation dans le projet de soins.

2.3 La conduite du changement

Cette phase est incontournable dans tout projet. Elle est bien connue des cadres dont la mission première est d'amener leurs équipes à progresser, pour répondre aux évolutions hospitalières. La problématique est la même pour le directeur des soins. Cependant, la difficulté est accrue du fait de son champ d'action totalement transversal, touchant tous les professionnels paramédicaux et toutes les activités de soins. Les micro cultures présentent au sein de chaque secteur, voire d'unités, rendent sa tâche plus complexe.

La conduite de changement signifie de passer d'un état stable, connu et maîtrisé à un état inconnu dont les sources de résistance (changement de représentations, crainte de modification des pouvoirs, crainte de ne pas savoir s'y adapter) doivent être entendues, prises en compte pour arriver à l'appropriation progressive par tous les acteurs. Un diagnostic des forces et faiblesses du projet permet de définir les éléments de réussite et les points de vigilance sur lesquels travailler.

2.4 La communication

La communication du projet, de ses objectifs est incontournable. Le directeur des soins doit être clair sur les objectifs, exprimer ses attentes tant auprès de la direction, des médecins, des représentants des personnels que des personnels eux-mêmes. Il doit anticiper les moyens afférents au projet, le temps nécessaire à sa mise en place et prévoir les niveaux d'implication de chaque acteur. Le projet doit être présenté aux instances.

2.5 L'implication des cadres

2.5.1 Elaboration des outils

Le directeur des soins a un rôle fondamental ; il doit être capable, très en amont du projet, d'impliquer tous les acteurs et, plus particulièrement, l'encadrement. Les cadres constituent la structure d'appui du processus de changement. L'appropriation ne peut se faire que dans la participation des professionnels à la construction du nouveau dispositif. L'élaboration des profils de poste, des ressources et compétences associées ne peut être que le fruit d'une réflexion commune par métier, managée par l'encadrement. Le rôle des personnels est ici primordial, ce sont eux qui ancrent la grille d'évaluation dans la réalité de leurs pratiques.

2.5.2 Changement de culture

Au-delà de la conception des outils utiles à l'évaluation des compétences, le directeur des soins impulse une nouvelle philosophie de l'évaluation ; motivante car tournée vers l'avenir de l'établissement et celui des individus et vers la créativité des hommes dont le projet d'établissement est la pierre angulaire. Le directeur des soins favorise le passage d'une culture de l'évaluation basée sur la conformité à une culture de l'évaluation positive, basée sur la progression, l'évolution, la recherche des potentiels, la valorisation des initiatives et de l'adaptabilité, l'accompagnement des professionnels dans l'atteinte des objectifs. Les cadres relaient cette philosophie auprès de leurs équipes.

2.5.3 Formation

Pour atteindre ce changement culturel et l'appropriation des outils adéquats, la formation des cadres est essentielle. Une réflexion commune sur le sens de l'évaluation, le rôle de chacun dans ce dispositif, l'impact de la pertinence des écrits est une étape importante. Il s'agit également de formaliser ensemble le niveau de délégation donné aux cadres.

2.5.4 Climat de travail

Au travers de l'enquête, nous avons constaté qu'au-delà des outils d'évaluation, le climat de travail est primordial.

Cela signifie que le directeur des soins a un travail à mener avec l'encadrement sur le rôle du cadre dans l'impulsion du climat de travail propice aux échanges, où le respect des individualités est pris en compte, où la libre expression de chacun se fait dans la confiance. Cette réflexion de fond permet de faciliter la conduite des entretiens ultérieurs, dans le cadre des évaluations.

2.5.5 Positionnement du cadre

La contractualisation des objectifs nécessite une réflexion et la formalisation de principes préalables. En effet, la contractualisation fait appel à la négociation, au consensus. La recherche de consensus ne peut concerner que des objectifs de perfectionnement. Il s'agit de différencier ce qui est négociable et ce qui ne l'est pas. Les objectifs visant la mise en conformité d'un agent par rapport aux exigences professionnelles réglementaires ne sont pas négociables. Ce point doit être bien identifié par l'encadrement.

Tous ces éléments de réflexion et de décisions communes entre le directeur des soins et les cadres s'inscrivent dans la définition d'un profil de cadre et leur positionnement dans leurs équipes. Ils sont

- garants de la sécurité des soins, de la qualité de la prise en charge, de l'organisation des soins au sein de leurs unités,
- facilitateurs du maintien de la motivation des personnels,
- accompagnateurs dans la progression des compétences individuelles, dans la définition des parcours professionnels
- et relais des informations ascendantes et descendantes permettant la cohérence d'ensemble en matière de gestion des ressources humaines.

L'évaluation est un acte de management qui s'appuie sur une pratique quotidienne. Elle aboutit à un engagement réciproque, s'exprime en terme de résultats attendus et de moyens à mettre en œuvre.

Elle doit être responsabilisante pour les acteurs sur toute la chaîne hiérarchique, chacun ayant une part d'autonomie et d'engagement à respecter.

Le directeur des soins a un rôle d'accompagnement et de soutien des cadres. Il est fédérateur, pédagogue ; il impulse le nouveau dispositif dont les axes principaux sont la professionnalisation, la responsabilisation et la réalisation de soi au travail.

2.6 L'utilisation des évaluations dans la GRH

2.6.1 La décision partagée

Les effets de l'évaluation doivent être visibles pour maintenir la dynamique de la démarche. L'appréciation littérale et factuelle, les objectifs de progression, les moyens relatifs à la mise en œuvre et les souhaits de mobilité, de changement de temps de travail, de promotion, de missions particulières sont à identifier par l'encadrement.

Ces éléments sont le support d'une étude de faisabilité entre le directeur des ressources humaines, le directeur des soins et le cadre supérieur et aboutissent à une décision partagée.

Le directeur des ressources humaines et le directeur des soins peuvent alors mettre en œuvre les mobilités, les promotions, établir le plan de formation et définir la politique de recrutement.

2.6.2 Le retour d'information

Le retour d'information aux agents concernés est essentiel. Là encore, les règles du jeu doivent être établis entre le directeur des ressources humaines, le directeur des soins et les cadres pour organiser et répartir les rôles de façon formelle.

2.6.3 L'intéressement

Les modalités d'intéressement individuel sont à envisager et à présenter aux partenaires sociaux. Bien que n'étant pas dans le champ de compétence du directeur des soins, il semble, suite à l'analyse des entretiens, que l'adéquation de la prime à l'atteinte des objectifs est un moyen financier motivant. En outre, l'engagement de la direction dans la mise en œuvre des moyens pour faciliter la progression individuelle est un réel levier au maintien de la motivation donc de l'intéressement personnel. Cette progression se traduit par l'accompagnement apporté à la réalisation des projets professionnels, la participation à des travaux transversaux, la valorisation des initiatives entreprises.

2.7 L'évaluation de la démarche

Le directeur des soins poursuit son implication dans le projet en impulsant l'évaluation de la démarche. La mise en place d'indicateurs de suivi est essentielle pour analyser les impacts et les communiquer à l'ensemble de la structure.

Les indicateurs de ressources tels que le nombre de cadres formés, le niveau d'harmonisation de la procédure, la pertinence des écrits, sont gérés par le directeur des soins. Le directeur des ressources humaines est associé à ce dispositif en suivant les actions de GRH entreprises, la gestion administrative des agents, le nombre de recours contentieux. Une enquête de satisfaction des personnels est à mettre en place dont les résultats figurent dans le bilan social. Les réajustements font partie du prochain projet social. Les cadres participent à l'évaluation en suivant l'atteinte des objectifs, l'évolution des compétences des personnels, les projets mis en place, les incidences en matière d'absentéisme, de mobilité, de formation, d'organisation du travail, d'évolution des profils de poste.

Tous ces éléments ne sont pas exhaustifs, ils ne font qu'illustrer les points envisagés en matière d'évaluation du dispositif. Ils font, eux aussi, l'objet d'une réflexion commune entre DRH, directeur des soins et encadrement.

Le directeur des soins utilise ces résultats pour renseigner le rapport d'activité du service de soins et évaluer le projet de soins. Tous deux sont des instruments de communication interne et externe, de formalisation des réajustements et de reconnaissance de l'implication de chacun au service d'un projet commun.

3 LES OUTILS DE L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

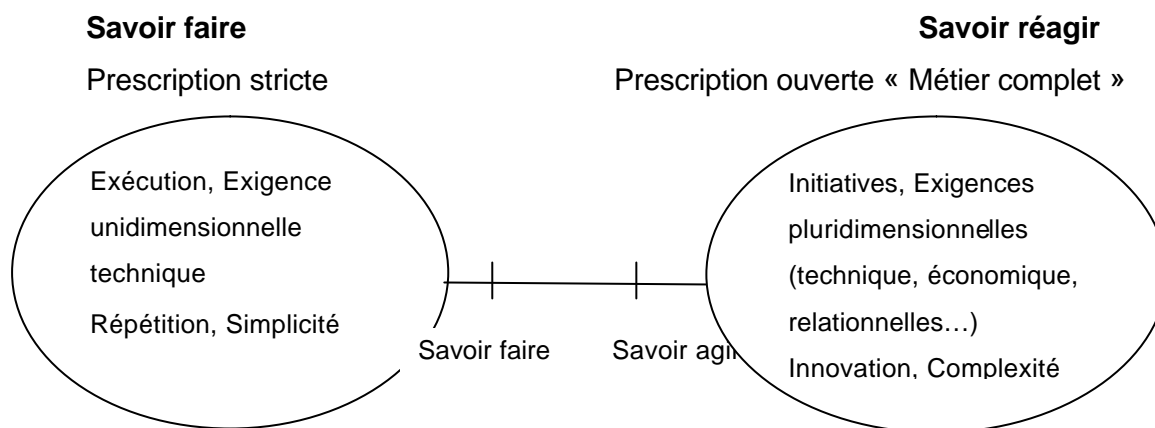
3.1 Le dossier d'évaluation

Le dossier d'évaluation peut comprendre la fiche de poste, la grille d'évaluation, le contrat d'objectifs et les moyens afférents (formation, mission spécifique...), les perspectives (mobilité, promotion, départ,...) et la fiche de notation.

Les outils à élaborer sont des référentiels de compétences, des profils de fonction et de poste. Pour les réaliser, il est intéressant de se servir des documents de base tels que les référentiels métiers élaborés par la DHOS et dont la diffusion est prévue en octobre 2004.

La grille d'évaluation reflète le référentiel compétences réalisé à partir des activités définies dans les profils de postes. L'évaluation porte sur la façon d'agir, les modalités d'action que chaque personne met en œuvre. Il s'agit de définir préalablement, au niveau institutionnel, le niveau de compétence requis pour le poste puis de définir, pendant l'évaluation, le niveau de compétence réelle.

Pour mesurer la compétence, Guy LE BOTERF propose de travailler sur un curseur de la compétence, évoluant entre le savoir faire et le savoir agir, explicité ci-dessous²⁴



3.2 L'entretien d'évaluation

Il est obligatoire et permet le dialogue constructif.

3.2.1 La phase de préparation

Elle concerne le cadre évaluateur et l'agent évalué. Elle est réalisée sur la base de la grille d'évaluation. Il est conseillé que l'évaluateur ait noté, durant l'année, les principaux faits significatifs relevés lors de situation de travail et le contenu des échanges ayant fait l'objet de réajustement avec l'évalué. La phase de préparation informelle est continue et la phase de préparation formelle intervient 15 jours à 20 jours avant la date de l'entretien.

3.2.2 L'entretien

Il permet de formaliser l'essentiel des échanges intervenus pendant l'année. Le déroulement est préalablement formalisé et connu de l'ensemble des personnels.

- ❖ La définition des différentes composantes de l'activité et la cotation des niveaux de compétences

Elles sont concertées et se réalisent sur la base du référentiel de compétences. La recherche de consensus aboutit à la formalisation d'un argumentaire, la formalisation d'objectifs de progression et des moyens afférents.

- ❖ La phase prospective

Elle concerne la formalisation des perspectives et aspirations de l'agent en terme de mobilité, changement de temps de travail, départ, promotion, mission spécifique...

²⁴ LE BOTERF G.." la mise en place d'une démarche compétence : quelques conditions de réussite". *Revue Personnel*, Aout-Septembre 2002, n°412, pp 35-43

❖ La notation

La fiche de notation est utilisée pendant l'entretien pour proposer à la direction la ventilation des points, la note globale et l'appréciation factuelle, concise et précise. Là aussi, l'évaluateur et l'évalué recherchent la concertation.

❖ Le bilan sur l'organisation du service

Le bilan et les propositions de l'évalué relatifs à l'organisation du travail au sein du service constituent la dernière étape de l'entretien.

Toutes les pièces pendant l'entretien sont conservées par l'évaluateur pendant 5 ans. Les pièces administratives sont remises à la direction pour appliquer la procédure administrative réglementaire.

L'évaluateur prépare une synthèse des informations recueillies relatives au fonctionnement du service. Celle-ci fait l'objet d'une réunion d'équipe pour définir ensemble les réajustements à mettre en œuvre. Cela favorise la cohésion et la participation de chacun à l'amélioration de l'organisation du travail.

3.3 La banque de données pour la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Au-delà des données classiques renseignées par la direction (pyramide des âges, tableau des effectifs, fichier des mouvements,...) nous proposons d'utiliser toutes les informations notamment issues de l'évaluation. La formalisation des moyens pour répondre aux objectifs contractualisés et des perspectives de chaque individu peuvent se retranscrire dans un fichier informatique partagé. Il peut être renseigné à tout moment, le temps de l'évaluation sert à valider annuellement son contenu. L'accès aux données s'organise de la façon suivante :

- l'agent peut consulter ses données
- le cadre a accès et inscrit les données concernant son service
- le cadre supérieur a accès et inscrit les données concernant son secteur d'activité
- le directeur des ressources humaines et le directeur des soins ont accès et inscrivent les données sur l'ensemble de l'institution.

L'encadrement, le directeur des soins et le directeur des ressources humaines renseignent ce logiciel en temps réel. Les données peuvent être prévisionnelles et effectives.

Cet outil est une aide à la décision en matière de gestion des ressources humaines, il permet l'observation, l'analyse, l'anticipation, la responsabilisation de tous les acteurs. Il sert à la stratégie globale de l'établissement.

CONCLUSION

La mise en œuvre d'un tel système d'évaluation des compétences concourt à une plus grande objectivité, plus de transparence, une participation et une responsabilisation de tous les acteurs. La professionnalisation et l'engagement de tous demandent une réelle force de conviction et du temps. Dès lors que le dispositif est intégré, nous assistons à une opération de management où le contrat gagnant-gagnant est indéniable.

Un système d'évaluation s'appuyant à la fois sur l'activité, les champs de compétences, la communication, la confiance, la contractualisation pour anticiper la réponse aux besoins individuels et collectifs est garant de réactivité, d'efficacité et de cohérence.

Convaincre les personnels que la qualité est bien le fruit de la compétence et de l'implication professionnelle de chacun d'eux, au profit de la raison d'être de l'institution hospitalière, induit inévitablement une réelle culture de l'évaluation et du management par la qualité.

Aujourd'hui, c'est dans ce terreau, que nous trouverons les réponses appropriées à la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance car la délégation de gestion par pôle d'activité est basée sur la négociation, la contractualisation, la responsabilité, la motivation et l'efficacité de tous les professionnels de santé.

Bibliographie

- **TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. - Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, 25 avril 1996, p 6324.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Loi n° 2002-73, du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale. *Journal officiel de la République Française*, 18 janvier 2002, p 1008.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret n° 2082-682 du 29 avril 2002 relatif aux conditions générales d'évaluation, de notation et d'avancement des fonctionnaires de l'état. *Journal officiel de la République Française*, 02 mai 2002, p 7995.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. - Décret n° 2003-759 du 1er août 2003 relatif au bilan de compétence des agents de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 06 août 2003, p 13595.

DIRECTION DE L'ACCREDITATION, 1999. & 2003. - Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*, version n°1 - février 1999, 113p. version expérimentale n°2 - novembre 2003, 184p.

- **OUVRAGES**

ABBAD J., *Organisation et Management hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 2001. 417p.

BERNARD C.Y., *Le management par la qualité totale, l'excellence en efficacité et en efficience opérationnelle*. Paris : AFNOR, 2000.327p.

DERENNE O., LUCAS.A., *Le développement des ressources humaines, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, Tome 2. Rennes : ENSP, 2002. 294p.

LAPRA J.P., *L'évaluation du personnel dans l'entreprise*. Paris : Dunod, 1994. 138p.

LE BOTERF G., *L'ingénierie des compétences*. Paris : Ed D'Organisation, 1998. 415p.

LETEURTRE H. avec la collaboration de CAVENG J M., *L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital*. Nantes : CID, 1991. 140p.

LETEURTRE H.; PATRELLE I., QUARANTA J F., et al., *La qualité hospitalière*, 2^{ème} édition, Paris : Berger-Levrault, 1999. 434p.

RAYMOND J L., DE HARO A., JEZEQUEL N., *Donner du sens à la qualité dans un établissement de santé*. Bordeaux : Les études hospitalières, 2001. 280p.

- **ARTICLES**

BARBIER M. "Quand l'hôpital s'organise. L'évaluation du personnel soignant : comment garantir le sens et la cohérence de ce processus". *Gestions hospitalières*, Juin-Juillet 2003, n° 427, pp 473-484.

BATAL C. "L'évaluation des compétences et ses enjeux". *Soins Cadres*, Février 2002, n° 41, pp 46-48.

COLIN T., GRASSER B."La gestion des compétences : un infléchissement limité de la relation salariale". *Travail et emploi*, Janvier 2003, n° 93, pp 61-73

ESTELLAT N., OIRY E.."Pour une gestion dynamique des compétences". *Revue Personnel*,. Aout-Septembre 2002, n° 412, pp 5-8.

LE BOTERF G.." la mise en place d'une démarche compétence : quelques conditions de réussite". *Revue Personnel*, Aout-Septembre 2002, n°412, pp 35-43.

LEVY-BOYER C.."Le coeur à l'ouvrage". *Revue Sciences Humaines*, Mars 1999, n° 92, pp 20-23.

LEVY-BOYER C.. "L'évaluation des compétences dans le monde du travail". *Revue Personnel*, Aout-Septembre 2002, n°412, pp 65-69.

LOURAU R., ARDOINO J., BARBIER R., BATAILLE M., AUBRUN S.."L'analyse de l'implication dans les pratiques sociales". *POUR*, Mars-Avril 1983, n° 88, pp12-32.

MESSECA E.. "la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences". *Acteurs magazine*, Juillet-Aout 2002, n° 67, pp11-15.

PARLIER M.."Reconnaître les compétences". ". *Revue Personnel*, Aout-Septembre 2002, n°412, pp 71-75.

PARRA B., PARRA B. "L'entretien d'évaluation". *Objectifs soins*, Mai 2003, n° 116, pp18-22.

PIA-IMBS. "Management et transmission des savoirs et des compétences". *Performances*, Novembre-Décembre 2002, n°7, pp23-34.

PONTIGGIA N., DE WITTE S., PERRIN G., ANDERSON E., BOULA J.G.."Compétences et professionnalisme". *Cahiers de l'ANIG*, 2^{ème} semestre 2002, n°5, pp 3-11.

- **THESES ET MEMOIRES**

BARBIER M.."*L'évaluation du personnel soignant ou comment garantir le sens et la cohérence de ce processus*" Mémoire Infirmière Générale Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2000. 74p.

BOUCHAUT-ROLNIN."*La construction d'une démarche structurée d'évaluation du personnel soignant : un enjeu pour l'infirmière générale*".Mémoire Infirmière Générale Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 2001. 78 p.

CALVEZ A.M.."*L'évaluation des compétences : un enjeu pour améliorer la qualité de la gestion des ressources humaines au centre hospitalier de Corbeil-Essonnes*". Mémoire Directeur d'Hôpital. Générale Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 1997. 85 p.

COUTURIER C.."*L'entretien annuel d'évaluation : une évolution de l'évaluation du personnel soignant*". Mémoire Infirmière Générale Ecole Nationale de la Santé Publique Rennes, 1999, 84 p.

- **RAPPORTS**

COUANAU R. "*Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*". Assemblée Nationale 19 mars 2003, 81p.

MATILLON Y.."*Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*". Rapport de mission à l'attention du ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées Aout 2003, 94p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien réalisé auprès du Directeur des Ressources Humaines et du Directeur des Soins

Annexe 2 : Guide d'entretien réalisé auprès des Cadres de santé, des Infirmiers et des Aides-Soignantes

Guide d'entretien semi directif réalisé auprès du Directeur des Ressources Humaines et
du Directeur des Soins

- ❖ Pouvez-vous me décrire la procédure d'évaluation des personnels actuellement mise en place dans votre établissement ?

- ❖ Pensez-vous que ce dispositif reflète la qualité des agents ?

- ❖ Quels sont les liens entre l'évaluation et la notation ?

- ❖ Quel est votre avis sur la procédure actuelle ? Et comment la concevez-vous ?

- ❖ Comment envisagez-vous votre collaboration avec le DRH ?
Ou, Comment envisagez-vous votre collaboration avec le Directeur des Soins ?

- ❖ Comment peut-on maintenir la motivation des personnels au travail ?

- ❖ Quels liens faites-vous avec l'intéressement collectif et individuel ?

- ❖ Comment mettez-vous en œuvre la GPEC ? Et, le cas échéant, quelles sont les difficultés rencontrées ?

Guide d'entretien semi directif réalisé auprès des cadres de santé, des infirmiers et des aides-soignantes

- ❖ Pouvez-vous me décrire la procédure d'évaluation des personnels actuellement mise en place dans votre établissement ?

- ❖ Quel est votre vécu par rapport à l'évaluation ?

- ❖ Pensez-vous que ce dispositif reflète la qualité des agents ?

- ❖ Quels sont les liens entre l'évaluation et la notation ?

- ❖ Quelles sont les informations utilisées, pendant l'évaluation, pour la gestion prévisionnelle des ressources humaines (formation, mobilité, changement de temps de travail...) ? Comment sont-elles utilisées ?

- ❖ Quel serait, selon vous, le dispositif d'évaluation idéal ? Quel serait votre rôle ?

- ❖ Qu'est ce qui vous motive au travail ? Comment maintenir la motivation des personnels ?

- ❖ L'intéressement collectif et/ou individuel est-il envisageable ? Si oui, comment ?

- ❖ Quel est, selon vous, le rôle du directeur des soins dans ce dispositif ?

- ❖ Quel est, selon vous, le rôle du directeur des ressources humaines, dans ce dispositif ?