

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DE SOINS

Promotion 2004

**La gestion des compétences des cadres de santé :
une politique à renforcer par le directeur des soins
au sein de la GRH.**

Vincent-Guillier Nicole

Remerciements

On est toujours seul d'un bout à l'autre de la vie
Pour choisir de construire son œuvre.
C'est dans l'obscurité,
Dans un cheminement en solitaire
Que l'on découvre peu à peu la lumière...

Merci à mon mari
Qui m'a aidée et soutenue
Qui a fait preuve de compréhension
Et d'une infinie patience...

Sans oublier Olivier-Noël.

« Ce n'est pas la fonction qui honore l'homme
Mais l'homme qui honore la fonction. »

Louis Pasteur

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 PREMIERE PARTIE : GENERALITES.....	3
1.1 Le contexte.....	3
1.2 Le cadre règlementaire.....	6
1.3 La problématique.....	7
1.4 Question de recherche	9
1.5 Hypothèses	9
1.6 Plan de l'étude	10
2 DEUXIEME PARTIE : L'APPROCHE THEORIQUE.....	11
2.1 Vous avez dit compétences ?.....	11
2.1.1 Quelques repères.....	11
2.1.2 Quelques concepts.....	11
2.1.3 Compétence et performance.....	13
2.1.4 Compétence : un processus combinatoire	14
2.1.5 Compétence : de l'individuel au collectif	15
2.1.6 Compétence et transmission.....	16
2.1.7 Compétence entre transférabilité et expérience.....	16
2.2 De l'évaluation des compétences et de ses outils.....	17
2.2.1 L'évaluation des ressources.....	18
2.2.2 L'évaluation des résultats.....	18
2.2.3 L'évaluation des compétences : les potentiels d'action.....	21
2.2.4 L'évaluation des compétences relationnelles	23
2.3 De la nécessité de distinguer l'évaluation et l'appréciation des compétences.....	25
2.3.1 L'évaluation des compétences	25
2.3.2 L'appréciation des compétences.....	26
2.3.3 De l'appréciation des compétences cadres.....	26
2.4 De la GRH à la GPEC : vers une politique performante des RH.....	28

3	TROISIEME PARTIE : ETUDE, RESULTATS ET SYNTHESE.....	31
3.1	La méthodologie	31
3.1.1	Nombre d'entretiens :.....	31
3.1.2	Population ciblée :.....	32
3.1.3	Lieux d'investigation :.....	32
3.1.4	Les limites de l'étude :	32
3.2	Résultats des entretiens	33
3.3	Synthèse et réponse à l'hypothèse	51
4	QUATRIEME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS.....	55
4.1	Pourquoi promouvoir une gestion des compétences ?	55
4.2	Les préalables indispensables.....	56
4.2.1	Le partenariat DRH /DS et le positionnement du DS.....	56
4.2.2	L'engagement fort de la direction dans une gestion des compétences	57
4.3	Du projet institutionnel au projet de soins.....	58
4.3.1	La conduite du projet : « La mise en place d'une gestion des compétences des cadres ».....	58
4.3.2	La transformation progressive des modes de management.....	60
4.3.3	Une gestion à court terme : « Adaptation des Compétences. ».....	61
4.3.4	Une gestion à moyen terme : « Développement des Compétences. ».....	63
	CONCLUSION	67
	BIBLIOGRAPHIE.....	I
	LISTE DES ANNEXES.....	IV

Liste des sigles utilisés

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CA : conseil d'administration
CH : centre hospitalier
CHSCT : commission d'hygiène et de sécurité des conditions de travail
CHU : centre hospitalier universitaire
CME : commission médicale d'établissement
COM : contrat d'objectifs et de moyens
CSSI : commission du service de soins infirmiers
CTE : comité technique d'établissement
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DMS : durée moyenne de séjour
DPO : démarche par objectifs
DRH : direction des ressources humaines
DS : directeur des soins
DSF : directeur des soins en secteur formation
FP : fiche de poste
GPEC : gestion des emplois et des compétences
GRH : gestion des ressources humaines
IFCS : institut de formation des cadres de santé
IFMER : institut de formation de manipulation en électroradiologie
IFSI : institut de formation en soins infirmiers
PP : profil de poste
RH : ressources humaines
SIIPS : soins infirmiers individualisés à la personne soignée
TAA : tarification à l'activité

Introduction

« La Métamorphose des cadres » !

Ainsi titrait la Une de la Revue « Sciences Humaines » du mois d'avril 2004.

Un titre aussi surprenant ne manqua pas d'attirer mon attention et je me plongeai rapidement dans sa lecture pour tenter d'y trouver quelques éclairages et ou réponses à mes interrogations concernant cette population au sein de laquelle s'est déroulée une grande partie de mes années professionnelles et où s'est forgé le début de mes expériences managériales. Qu'y a-t-il de changé aujourd'hui et en quoi consiste ce regain d'intérêt ?

Si les trente glorieuses sont très favorables à l'ascension sociale des cadres, c'est que leur contribution est importante dans la structuration des entreprises. Etre cadre, pour Jean-Paul Rues¹, se caractérise par le fait de ne plus compter son temps de travail. Pour P. Bouffartigue et C. Gadea², c'est appartenir à la catégorie du « salariat de confiance » reposant sur « une implication morale dans l'organisation, implication qui conditionne les performances des individus, car les cadres sont un point de passage obligé de toute transformation dans l'entreprise ».

Ce contrat de confiance va se rompre dans les années 90. C'est la fin d'une figure sociale. Cadres : la grande rupture, et même, « Bonjour les managers, Adieu les cadres³ ! ». Nombre d'ouvrages attestent par leur titre des transformations majeures dans ce groupe social.

La métamorphose des cadres, selon la Revue Sciences Humaines, touche six mutations : l'accroissement du niveau de formation, le nombre de plus en plus grand de cadres « non encadrants », la féminisation du groupe, la fin des plans de carrière, la dictature pressante du « client », la crise du syndicalisme.

Ainsi leur fonction, dans le cœur même du métier, a considérablement changé ainsi que leur relation avec les directions. Celles ci leur imposent une réactivité permanente en leur demandant davantage de responsabilités pour résoudre les difficultés liées aux situations de travail. Le développement permanent de leurs compétences est obligatoire et devient la clé du maintien de leur carrière. Pour Olivier Cousin⁴, « on est face à la fin du modèle intégré, des cadres fidèles et loyaux tout dévoués à l'avenir de leur entreprise ».

¹ RUES JP. « Les cadres en France », PUF, Coll. « Que sais-je ? » 1999

² BOUFFARTIGUE.P et GADEA.C « Sociologie des cadres » La Découverte, coll. « Repères » 2000.

³ FALCOZ C. « Bonjour les Managers, Adieu les Cadres » Editions d'organisation, 2002.

⁴ COUSIN.O « Carrière et identité. Les cadres face à la fin du modèle intégré », CFDT-cadres, n°404, Mai 2003

Aujourd'hui les directions ont coupé «le cordon ombilical avec leurs cadres » qui sont sommés de devenir par eux-mêmes « entrepreneurs de leur carrière ».

Il s'agit là d'une évolution bien sombre qui renverse ma conception du management !

Mais peut-on généraliser cette désunion entre cadres et direction ? Qu'en est-il dans le secteur public et en particulier dans les Hôpitaux ?

En tant que futur directeur des soins, responsable du management des cadres, cette question mérite d'être approfondie. Entre-t-on dans une ère dont je n'ai pas senti la signification profonde et celle-ci va s'imposer à moi d'une manière incontournable, ou bien suis-je idéaliste ? Loin de moi cette vision managériale du « chacun pour soi » et d'un parcours en solitaire et catégoriel ! Les cadres sont, pour moi, *la pierre angulaire* de la stabilité, comme celle de la conduite du changement dans les établissements, et il me semble primordial de m'investir dans la construction d'une équipe de cadres, solide et fiable, dont les performances résulteront de leurs capacités à agir ensemble. Il me semble indispensable de créer des liens sérieux basés sur la compétence, la transparence et la loyauté pour atteindre les résultats souhaités.

Sans doute mon origine de cadre supérieur, teintée d'un certain culturalisme hospitalier bureaucratique, influence mon point de vue ? Mais cette année de formation à l'ENSP, année de rupture professionnelle avec mon établissement, m'aura permis de prendre la distanciation nécessaire et de m'approprier de riches enseignements. Ceux-ci me permettent d'envisager mes futures fonctions avec optimisme et davantage de détermination.

C'est donc avec le plus grand intérêt, que je me suis penchée sur le management des cadres par les directeurs de soins, à travers une réflexion concernant la gestion de leurs « compétences ». Bien entendu, derrière cette question, se dresse en filigrane l'interrogation de ma propre « compétence ». Serai-je moi aussi toujours capable d'appliquer pour moi-même un modèle de développement permanent de mes compétences ? Serai-je capable de m'évaluer avec la même rigueur que celle que j'appliquerai envers les cadres, de m'adapter en permanence aux nouveaux chantiers qui s'annoncent, et enfin, de me situer dans une dynamique permanente d'apprentissage?

A travers cette étude que nous vous présentons maintenant, qui croise des éléments de l'histoire avec l'expérience de terrain des professionnels, nous tenterons d'apporter quelques réponses qui constitueront une contribution modeste dans l'évolution de notre profession.

1 PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1.1 Le contexte

- Si les turbulences de la crise économique bouleversent profondément l'univers des entreprises depuis la fin du XXème siècle, les hôpitaux n'échappent pas non plus à ce contexte et traversent des crises sanitaires dont ils ont du mal à se remettre. Cet été encore la crise de la canicule a montré combien nos structures étaient inadaptées pour répondre aux besoins de la population. En effet, nos organisations semblent de plus en plus mouvantes, imprévisibles, aléatoires et complexes.
« L'avenir n'est plus ce qu'il était ! » nous dit Paul Valery.
- Dès 1981, H. Mintzberg⁵ montrait qu'au-delà d'une certaine complexité, les organisations ne pouvaient plus fonctionner par la supervision directe et la standardisation classique du travail, et qu'à ce stade, seuls les dispositifs d'ajustement mutuel étaient opérants. Les managements de type traditionnel sont considérablement bouleversés et remis en question. La visualisation des résultats d'entreprise, obtenus à la suite d'une démarche par objectifs, est largement dépassée aujourd'hui ou tout au moins insuffisante. La notion de « compétence » apparaît de plus en plus prégnante dans le langage de l'entreprise moderne et devient une préoccupation majeure des décideurs. Certes, le terme existait déjà dans les années 50 mais ce qu'il y a de nouveau actuellement, et ce qui explique en partie la récente mise en avant de la notion de compétence, c'est que son contenu n'est plus évident et pose question. Etre compétent dans une situation de travail en l'an 2000 n'a plus la même signification qu'être compétent en 1950, c'est bien là l'objet du débat : de quel « concept de compétence » les entreprises ont elles besoin aujourd'hui ?
- Dans cette exigence de modernité qui s'impose à tous, les hôpitaux tentent de se restructurer au fil des années. Si les ordonnances n° 96-346 du 24 Avril 1996 mettent l'accent sur la nécessaire adaptation de l'offre et de la demande, la Loi 303 -2002 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, marque un tournant décisif dans notre système de santé. Elle exige la qualité de l'ensemble de nos prestations rendues au patient, placé au centre du dispositif. Elle précise en particulier l'impératif de l'efficacité de nos organisations par le « développement des compétences des professionnels ». Ainsi ceux-ci sont de plus en plus sollicités, non

⁵ MINTZBERG.H. « Structure et dynamique des organisations. » Editions d'organisations, Paris.1982. 274 pages

seulement du fait de l'évolution des techniques médicales, mais encore par la mise en place des démarches qualité et la complexification de nos organisations. Le développement et le renouvellement des compétences sont désormais à l'ordre du jour dans le milieu de la santé.

- La compétence porte en elle la création de la valeur ajoutée au niveau de l'entreprise. Elle permet de moderniser le management en le centrant davantage sur le résultat réel du travail, de favoriser la réactivité et l'autonomie. L'approche des compétences aujourd'hui, permet de dessiner des itinéraires de mobilité, de développer des « carrières » et d'affiner le couple compétence/rétribution. La notion de « compétence professionnelle » est devenue ainsi incontournable dans le monde des entreprises. Elle doit se situer dans une dynamique et une exigence de changement et de transformation rapide. A l'heure de la vitesse et de l'éphémère, paradoxalement, la « compétence » s'élabore dans le temps : des savoirs de différents types se construisent dans la durée, à force de tâtonnement et d'intelligence humaine. Ils se recomposent et se renouvellent grâce à l'expérience et à la formation. Mais ces savoirs de la compétence, pas tout à fait comme les autres, puisqu'en partie implicites, indicibles et non formalisables, sont-ils vraiment des savoirs ? Que recouvre cette notion de compétence, cet « attracteur étrange⁶ » dont nous parle G.Le Boterf ? Est -ce un produit de la formation, de l'expérience ? Est-elle transmissible, transférable ?
- Inséré au carrefour de différents sous systèmes en interaction, administratif, médical, soignant, le cadre de santé évolue lui aussi dans un univers complexe où on lui demande de mobiliser des compétences à la fois multiples, évolutives et transférables. Quel est le rôle des cadres de santé si ce n'est de prendre en compte des changements rapides, comprendre une situation spécifique, s'adapter à l'évolution technologique, accompagner une équipe dans une action collective concertée pour offrir une prestation de qualité au client ? Qui mieux que les cadres représentent aujourd'hui le pivot indispensable pour mener à bien la conduite du changement, les acteurs avec lesquels les directeurs devront composer, partager les décisions et créer une dynamique managériale dans leur établissement ? Si les cadres d'aujourd'hui doivent être responsabilisés et davantage autonomes pour être efficaces, ne devons-nous pas aussi reconnaître et identifier leurs compétences, leurs capacités de décision, et savoir développer leurs potentiels ? N'est-ce pas le moment d'entrer dans une approche nouvelle, centrée davantage sur les hommes et leurs capacités d'agir,

⁶ LE BOTERF G. « De la compétence : essai sur un attracteur étrange » Editions d'organisations, Paris, 1994, 175 pages.

plutôt que juger et attendre des résultats sans se poser la question des moyens ou du « comment » y parvenir ?

- Considérons la situation de nos cadres aujourd'hui dans les services. L'ambiance est morose. Force est de constater que « le malaise des cadres⁷ » est toujours présent et représente une réalité qui mérite une réflexion approfondie (en terme d'identité, de reconnaissance, de conditions de travail...). Par ailleurs le diagnostic porté par Josette Hart et Alex Mucchielli⁸ est sévère. Non seulement la « défaillance des cadres » est abordée, mais également les raisons de leur « incompétence », qui remettent en cause tout le système hiérarchique et managérial. Combien de cadres ont été déclarés incompétents sans critères objectifs ni véritable bilan de compétences ? Ils quittent alors leur service ou sont poussés à partir. Ils sont ensuite positionnés sur des postes de moindre responsabilité ou peu intéressants, où ils restent souvent très isolés pendant des années, démotivés, voire souvent absents, incapables de surmonter cet échec. Ne s'agit-il pas là d'un « gâchis de compétences » que l'on ne peut plus se permettre à l'heure actuelle, et que l'on pourrait éviter en s'interrogeant clairement sur les raisons de cette situation d'incompétence ?

- Enfin comment allons nous faire pour gérer l'avenir si nous ajoutons à ce triste constat les graves problèmes que pose la démographie professionnelle ? Les données sont alarmantes : près de 46% des agents de notre administration sanitaire et sociale seront partis à la retraite d'ici à 2014. Un agent sur trois aura plus de 54 ans en 2010 Les pyramides des âges diffèrent sensiblement selon les corps, mais à l'horizon 2006, 20% des agents faisant partie de « l'encadrement », seront partis à la retraite⁹. L'anticipation apparaît comme plus que jamais nécessaire pour éviter des ruptures de services. Un délai d'avance s'impose pour réfléchir non seulement sur la formation et le recrutement des nouveaux cadres mais encore sur le type « des compétences recherchées » et la maintenance ou la transmission des savoir-faire.

- Dans cet avenir, le marché de l'offre et de la demande en matière de cadres de santé produira une forte concurrence publique et privée, nous obligeant à réfléchir encore plus à nos organisations, aux conditions de travail des cadres, et à leur épanouissement professionnel. Comment faire dans ces conditions pour ne pas

⁷ BEAUCHAMPS B. « Du malaise identitaire à la reconnaissance » Mémoire ENSP, Novembre 2002.

⁸ HART J. et MUCCHIELLI A. « Soigner l'Hôpital : Diagnostics de crise et traitements de choc », Editions Lamarre, Septembre 2002, 166 pages.

⁹ « La GPEC », dossier réalisé par la DAGPB, REVUE LES ACTEURS N°67 juillet/août 2002, pages 12 à 15.

baisser non plus le niveau de nos exigences en matière de compétences requises si le recrutement devient difficile? Comment se préserver d'une fuite potentielle de nos cadres de terrain s'ils sont insatisfaits ? Et, au final, comment maintenir et développer la qualité des soins dans un contexte où les démarches de qualité en cours, nous obligent à une permanente remise en question de nos organisations et au développement des compétences des acteurs ? N'y a-t-il pas là un véritable dilemme ?

- Enfin, la question de la responsabilité des membres de la direction face aux exigences de la compétence est de plus en plus grande ; La jurisprudence a déjà montré dans plusieurs affaires, que le directeur des soins est responsable de la compétence des agents placés sous sa responsabilité. Il importe donc que les établissements s'engagent, par leur direction, dans une véritable politique de gestion et d'appréciation des compétences.

1.2 Le cadre réglementaire

Ces questions nous renvoient à la nécessaire cohérence d'une gestion des compétences de l'ensemble des professionnels de santé. Celle-ci ne date pas d'aujourd'hui et s'est construite peu à peu au fil du temps, et s'inscrit dans un cadre réglementaire évolutif.

- La loi du 31 juillet 1991 portant Réforme Hospitalière, a défini le principe fondamental de l'évaluation et de l'analyse de l'activité des établissements de santé.
- L'ordonnance du 24 avril 1996 portant Réforme de l'Hospitalisation publique et privée, indique la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé qui, par ses missions, est chargée de « proposer toute mesure contribuant au développement de l'Evaluation, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de santé. »
- Le Manuel d'Accréditation de l'ANAES dans sa version 2002 N°2 et dans son volet sur la gestion des ressources humaines, précise que « la réalisation des activités de soins doit être mesurée périodiquement dans chacun des domaines de la gestion des ressources humaines..., par exemple : en matière de recrutement, formation, évaluation des compétences spécifiques correspondant aux dites activités ».
- Le décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, définit les missions des directeurs des soins : « il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation...Il remet au directeur un rapport annuel d'activités des services de soins... Membre de l'équipe de direction, il dispose par

délégation du chef d'établissement, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. »

Notre étude s'intéressant aux compétences des cadres de santé, il nous semble important de rappeler aussi les textes en vigueur concernant les cadres de santé :

- Le décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.
- Le décret n°2003-1269 du 23 décembre 2003 modifiant le décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.
- Le décret n° 2001-1376 du 31 décembre 2001 relatif au classement indiciaire des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

1.3 La problématique

La démarche de gestion des compétences, et en particulier celle concernant les cadres de santé, existe dans certains établissements mais les aspects qu'elle revêt et ses modes d'application sont très différents d'un établissement à un autre. L'approche des compétences des cadres de santé nécessite, de la part du directeur des soins, non seulement des connaissances approfondies sur les différentes facettes du métier, la maîtrise de l'utilisation d'outils spécifiques, mais encore une démarche stratégique et partenariale au sein de la direction des ressources humaines. Ces conditions sont liées et interdépendantes pour la mise en place d'une démarche efficace.

- Au niveau des outils d'appréciation des compétences des cadres de santé, les directeurs de soins sont concernés par les profils de poste, les référentiels de compétences, les fiches de poste, les grilles d'entretien d'évaluation, mais force est de constater, de par notre expérience et nos stages réalisés dans les hôpitaux, qu'ils ne constituent pas encore une aide formelle à la décision. Bien que ces outils soient nombreux et formalisés, il nous semble qu'ils restent encore confus dans leur contenu, peu opérationnels et peu exploitables rapidement.
- Au niveau du partenariat entre le DS et le DRH, nous nous posons la question de savoir si celui-ci est réel et de quelle manière il se réalise ? Le directeur des soins occupe une place au sein de l'équipe de direction et participe aux décisions en matière de politique de soins et de gestion des ressources humaines¹⁰. Il nous semble, à la suite des différents stages réalisés dans les hôpitaux, que la qualité de la prise de décision du DS en matière d'appréciation des compétences des cadres de santé, est directement liée à la qualité du partenariat établi avec le

¹⁰ Décret N° 2002-550 et 551 du 19 avril 2002

DRH et à leur capacité d'avoir réaliser ensemble, le choix et la mise en place des outils opérationnels d'appréciation des compétences. Or cette démarche ne nous est pas apparue évidente ni concrète. Sans véritable politique de GRH partagée, et sans utilisation d'outils formalisés, cette gestion des compétences des cadres de santé semble compromise et ne peut être performante. Cependant dans la GPEC¹¹, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, dimension importante de la GRH, préconisée dans les établissements de santé dans le Plan Hôpital 2007, l'approche des compétences du personnel tient une place importante et il semble nécessaire de réaliser des plans d'actions dans ce domaine. Si quelques tableaux de bord ont vu le jour dans ces dernières années, le volet concernant la gestion des compétences, reste encore dans bien des cas timide et inconsistant.

Dans cette étude, notre questionnement sera de comprendre les aspects de la gestion des compétences et le rôle du DS dans ce domaine. Pour être plus précis dans notre recherche nous ciblerons le volet de « l'appréciation des compétences des cadres de santé » par le DS. Nous chercherons à comprendre comment le DS élabore un diagnostic des compétences individuelles de ses cadres, ou des compétences collectives d'une équipe et, par la suite, comment il procède à leur appréciation ; comment il gère les situations dites défailtantes ou d'incompétence, et enfin de quels outils il se sert pour prendre ses décisions, notamment en matière d'affectation des cadres, responsabilité qui lui incombe dans le décret d'avril 2002¹². Enfin nous nous interrogerons sur les contenus de sa contribution et de ses apports dans la GPEC et la GRH.

En dernier lieu et en tant que futur directeur des soins, notre questionnement se pose de savoir comment celui-ci peut réaliser un projet de développement des compétences des cadres à court, moyen et long terme, et, s'il n'utilise pas les résultats croisés des outils mis à sa disposition, comment et sur quoi se fondent ses actions? A-t-il une autre méthodologie, d'autres outils et si oui lesquels? Nous chercherons également à découvrir les freins pouvant intervenir dans la démarche d'appréciation des compétences. Il ne nous semble pas que cette démarche soit prépondérante dans les stratégies menées aujourd'hui par les directeurs des soins, qui, manifestement, se désintéressent des outils d'appréciation des compétences au motif de leur manque d'opérationnalité ; ils ne les utilisent que partiellement et conservent des démarches d'appréciation empiriques et basées sur l'expérience dans la plupart des cas.

¹¹ BARTHES R. « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences » chargé de mission à la DHOS. Document ENSP 2003

¹² Décret d'avril 2002 op. cité p. 7

Les enjeux d'une appréciation objective des compétences des cadres par le DS, nous semblent cependant importants. Non seulement ce domaine est déterminant dans la carrière du cadre mais aussi dans celle du directeur des soins. En effet, il est lui-même apprécié sur la qualité de son objectivité, de ses jugements, la qualité de son argumentaire dans la prise de décisions, sur l'efficacité des résultats obtenus à la suite des décisions qu'il aura prises. En outre, nous pensons que l'utilisation d'une démarche objective de gestion des compétences des cadres par le directeur des soins peut lui permettre de créer une dynamique managériale intéressante à plusieurs niveaux : direction, cadres supérieurs et cadres de proximité. Celle-ci a aussi pour finalité de réduire les écarts susceptibles d'intervenir entre les besoins du terrain (compétences attendues) et les compétences cadres acquises (compétences réelles) et contribue, autant que faire se peut, à la meilleure adéquation possible. C'est en ce sens que le directeur des soins nous semble participer à l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agirait donc d'un véritable pilotage des compétences cadres à mettre en oeuvre, qui permettrait à l'organisation de s'adapter en permanence et d'être davantage performante.

Nous vous proposons de découvrir avec nous les différents éléments (objectifs et subjectifs) concourant à cette appréciation des compétences des cadres de santé par les directeurs des soins, et d'en faire un modeste tour d'horizon.

Notre problématique posée, nous pouvons énoncer notre hypothèse de recherche.

1.4 Question de recherche

« En quoi l'appréciation objective des compétences des cadres de santé par le directeur des soins, contribue-t-elle à l'élaboration d'une politique de gestion des ressources humaines performante et adaptée aux besoins du terrain ? »

1.5 Hypothèses

De cette question globale nous déduisons un certain nombre d'hypothèses que nous vérifierons sur le terrain :

1. les DS participent aux décisions et partagent les responsabilités prises avec le DRH dans le cadre d'une GPEC au sein de la GRH.
2. les DS et les DRH s'approprient la gestion des compétences des cadres de santé et utilisent des outils rationnels en matière d'identification de compétences : référentiels de compétences, profils de postes, recherche de compétences collectives...

3. les DS et les DRH utilisent des outils rationnels en matière d'évaluation de compétences des cadres : entretien d'évaluation, démarches par objectifs et évaluation des performances, démarches qualité.
4. les DS et DRH identifient les caractéristiques et besoins du terrain : présentation de service, projets de service en cours, équipes, ressources, contraintes, attentes, connaissance des acteurs.
5. la démarche de « l'appréciation des compétences cadres » par les directeurs des soins se fonde sur l'utilisation d'outils objectifs mais aussi sur des éléments subjectifs et parfois des éléments extérieurs.
6. les DS tirent des conclusions de l'exploitation des résultats des points précédents (1-2-3-4-5-) pour réaliser des projets à court, moyen et long terme.

1.6 Plan de l'étude

Notre travail sera présenté en trois parties :

1. une partie traitera de l'approche théorique (la deuxième partie de ce document) en évoquant les concepts liés à la notion de compétence et son contexte, celle concernant les compétences cadres en particulier. Elle précisera ce que l'on entend par « appréciation et évaluation » des compétences et présentera les principaux outils qui s'y rattachent. Nous évoquerons ensuite la GPEC et ses liens avec la GRH.
2. une autre partie (la troisième partie de ce document) présentera une étude réalisée auprès des DS en fonction, auprès desquels nous avons mené des entretiens semi-directifs visant à répondre aux hypothèses précitées. Cette étude présentera les éléments de la méthode utilisée, la synthèse des résultats et leur analyse.
3. une dernière partie (la quatrième partie de ce document) présentera les propositions d'actions que peut faire un directeur de soins dans le domaine de la gestion des compétences des cadres, constituant ainsi une contribution à la GRH.

2 DEUXIEME PARTIE : L'APPROCHE THEORIQUE

2.1 Vous avez dit compétences ?

2.1.1 Quelques repères.

Il n'existe pas de définition pertinente unique de la compétence. Le mot compétence a commencé à être utilisé spontanément dans les entreprises au début des années 80, surtout dans l'industrie, car elle seule était réellement sous une pression concurrentielle croissante. En 1990, les écrits sur la compétence sont devenus pléthoriques, tous les scientifiques se penchent sur « la compétence » (psychologues, sociologues, ergonomes, organisateurs du travail) traduisant par-là, un phénomène plus profond qui allait traverser le monde du travail et qu'il fallait analyser. On pouvait noter une forte corrélation entre le début de son usage dans le langage managérial, et la présence de profonds changements dans l'organisation du travail.

De nombreux travaux virent le jour et un relatif consensus semble acquis pour confirmer, que la compétence est une hypothèse sur ce que le titulaire de l'emploi mobilise dans l'activité, pour la conduire avec efficacité, souplesse, aisance, économie de moyens. La compétence constitue dans les services, *l'essentiel de la valeur ajoutée*. Elle ne se manifeste que dans l'activité réelle, et c'est là son principal mérite : le diplôme est supposé garantir des connaissances fondamentales pour l'enseignement général, des procédures et bonnes pratiques, un début de savoir faire et d'expérience pour l'apprentissage. Mais il n'est pas un bon prédicteur de réussite professionnelle.

La qualification y ajoute les activités professionnelles conduites avec un plus ou moins grand degré d'autonomie, de responsabilité, de délégation de pouvoir. Mais si le maçon est « qualifié », on pourra le voir au pied du mur, mais s'il est « compétent », on ne le verra qu'en haut du mur terminé !

Ainsi la compétence nous dit quelque chose que ni le diplôme, ni la qualification ne disent, et qui ne se produit qu'en situation de travail : il s'agit d'une alchimie mystérieuse qui mobilise connaissances, procédures, expériences, savoir-faire pour réussir un acte professionnel. Et la preuve de la compétence est à refaire chaque matin.

2.1.2 Quelques concepts

On remarquera que la notion de compétence est complexe et nécessite un équipement conceptuel minimal. Nous ferons le choix de présenter les approches qui nous semblent les plus complètes sans être exhaustifs sur le sujet :

➤ Pierre Gillet (1991)

« Une compétence évoque un ensemble, un système, un réseau de connaissances, de savoirs ; Ensuite, elle est orientée vers l'action, traversée par une finalité opératoire, et enfin elle est opératoire en situation, c'est-à-dire ordonnée au traitement de situations de problèmes »¹³. Dans cette approche, c'est l'action de la personne en situation qui prime dans ses capacités à agir.

➤ Richard Wittorsky (1998)

L'auteur¹⁴ décrit cinq composantes de la compétence mais nous en retiendrons deux en particulier :

- celle de la composante culturelle : il s'agit de l'influence de *la culture de l'organisation* sur les compétences produites.
- celle de la composante affective qui fait référence à la forte imbrication existant entre *compétence et motivation*, engagement subjectif. Ce dernier point est à mettre en lien avec le SEP (Sentiment d'Efficacité Personnel) décrit par Pierre Henri François¹⁵ qui correspond à un jugement que se fait la personne à propos de ses capacités à organiser et réaliser des actions prescrites et pour lesquelles un niveau de performance est attendu d'elle.

➤ Guy Le Boterf (1999)

« Une personne compétente est une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier »¹⁶.

Sa définition repose sur trois caractéristiques :

- un savoir agir : différent du savoir faire (lequel se limite à un geste professionnel).
Le savoir agir est *au cœur de l'action*.
- un savoir agir *contextualisé* c'est-à-dire qu'il s'exprime toujours dans un champ de ressources et de contraintes déterminées (techniques, humaines, financières...)
- un savoir agir validé : la compétence n'existe que si elle a *fait ses preuves devant autrui*

¹³ GILLET P. « Pour une écologie du concept compétence » Education Permanente N°135, février 1998, p 28

¹⁴ WITTORSKI R. « De la fabrication des compétences » Education permanente N° 135, février 1998, p.57 à 69

¹⁵ FRANCOIS PH. « Sentiment d'efficacité et compétences : une approche sociale cognitive » Education Permanente, N° 135, février 1998, p.45 à 55

¹⁶ LE BOTERF G. « De la compétence : essai sur un attracteur étrange » Editions d'organisation 1994

- une finalité c'est-à-dire que la compétence en action a toujours *un but*.

La compétence comporte donc des ingrédients tels que la finalité (l'action), le potentiel (les connaissances maîtrisées) et le résultat (la performance), mais G. Le Boterf ajoute la notion de contexte : singularité de la situation et du lieu d'exercice, singularité du sujet et de sa façon de s'y prendre.

➤ Philippe Zarifian (2001)¹⁷.

Ajoutons pour compléter notre approche, la notion de *responsabilité liée à la prise d'initiative* décrite par Ph. Zarifian qui consiste à assumer la charge de l'évaluation de la situation. Cette responsabilité peut porter sur un objet ou des êtres humains (exemple la qualité des soins aux malades ou celle des agents d'une équipe). Cette notion de la prise d'initiative et de la responsabilité représente ce qu'on appellera le « *pouvoir agir* ».

2.1.3 Compétence et performance

Si la compétence permet de comprendre ce qu'il faut savoir pour agir, et qu'on la constate dans l'activité, il est bien difficile de la distinguer de la performance. La performance se situe cependant en aval de la compétence et représente pour la plupart des auteurs ce qu'on appelle « *les résultats en terme d'efficacité* ».

« Les activités professionnelles correspondent à ce que fait concrètement une personne dans le cadre de sa fonction tandis que sa performance réside dans le résultat qu'elle a pu obtenir dans le cadre de ses activités »¹⁸.

La performance est un résultat efficace apporté à une action.

La compétence englobe la performance et, pour certains, c'est la compétence qui fait la performance. Ce qui est acceptable à première vue, faute d'examen approfondi. Mais à la réflexion on voit bien où peut mener une telle conception : le responsable de l'emploi serait-il le seul responsable de la performance ? Quid des conditions d'exercice de l'activité professionnelle qui ne relèvent pas du titulaire de l'emploi ? Une large majorité d'auteurs s'accordent sur la position suivante : on ne peut pas dédouaner le management et l'organisation de toute responsabilité dans la performance d'un individu ou d'une équipe.

La performance est une coproduction.

C'est pourquoi beaucoup d'entreprises considèrent qu'elles ont une véritable responsabilité dans le développement des compétences de leur personnel et, qu'avant

¹⁷ ZARIFIAN PH. « Objectif compétence » Editions Liaisons, 2001 p. 65, 69, 71.

¹⁸ BATAL C. « Evaluation des compétences et ses enjeux » Revue soins cadres N° 41, février 2002

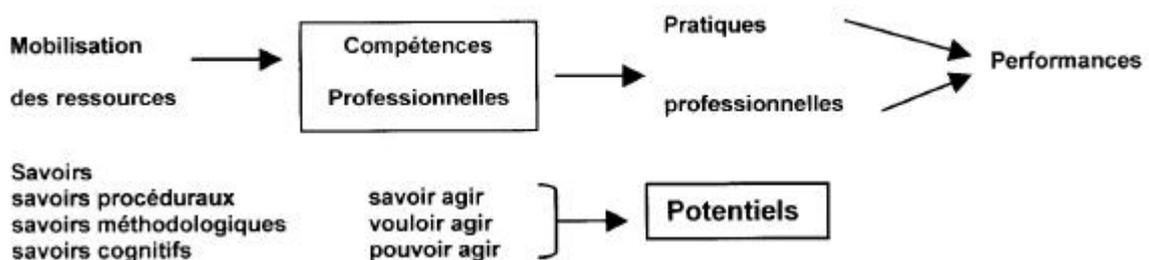
tout, de mauvais résultats résultent la plupart du temps de problèmes de compétences de leurs employés et par suite, incombent sur la responsabilité de l'encadrement hiérarchique.

Dans les deux cas (résultat efficace d'un salarié ou coproduction collective) il importe que les managers définissent les performances attendues à travers la fixation d'objectifs. Ceux-ci doivent être connus, compris et entraîner l'adhésion. Bien des encadrants ne sont pas ou peu formés à cette partie délicate de leur rôle.

Enfin on peut être «compétent », motivé, connaître et adhérer aux objectifs fixés par l'entreprise et, pour autant, ne pas être « performant ». En effet, encore faut-il disposer de ressources matérielles, financières et humaines...suffisantes. Et tous ceux qui ont été en situation hiérarchique, savent que l'allocation de ressources demeure une tâche périlleuse déterminante dans la performance : en donner trop peu atteint la performance ; en donner trop tue l'efficience et plombe les coûts !

En conclusion il semble opportun de distinguer « *compétence* » et « *performance* ». De même l'évaluation de « la performance » se distinguera de l'évaluation de « la compétence » en ce sens que la première nécessitera une approche multifactorielle et dépendra de la qualité des objectifs fixés, alors que la seconde sera plus centrée sur l'individu.

Pour clarifier notre approche nous proposerons un tableau extrait de G.Le Boterf¹⁹



2.1.4 Compétence : un processus combinatoire

Ce tableau nous permet très synthétiquement d'appréhender ce que recouvre le domaine des compétences. Mais ce qui nous semble important est de comprendre que la compétence ne peut-être considérée comme une somme de savoirs, de savoirs faire, de savoir être. Il est possible de les décomposer mais la compétence globale ne se réduit pas à cette addition. La compétence est organisée « **en système** », voire comme « **un processus** » : elle doit être pensée en termes de connexion, et non pas de disjonction, de morcellement, de fragmentation d'ingrédients et ne se découvre pas au bout d'un travail

¹⁹ LE BOTERF G. Op. cité p.12

de dissection. C'est avant tout un « **processus combinatoire** » construit en mobilisant les ressources et en les organisant. En effet, la compétence réelle, distincte de la compétence requise qui figure dans les référentiels de compétences, est construite par chaque personne à partir d'une combinatoire de certaines de ses ressources. Elle est difficile à cerner car invisible, et manifestée que lorsqu'elle est mise en œuvre dans une activité. La compétence réelle est une disposition à agir dans une famille de situations.

2.1.5 Compétence : de l'individuel au collectif

Il n'existe pas de compétences sans individus mais il serait erroné de croire que la compétence est une affaire exclusivement individuelle.

Toute compétence comporte deux dimensions : individuelle et collective.

Agir avec compétence suppose de savoir interagir avec autrui. En effet non seulement la personne compétente devra mobiliser ses ressources (connaissances, savoir-faire, qualités, culture, expériences..) mais également des éléments liés à son environnement (réseaux professionnels, collègues, réseaux documentaires, banque de données, manuels de procédures..). Enfin elle pourra également « référer » à des collègues, prendre l'avis des plus expérimentés, tirer parti de l'expérience acquise par le collectif auquel il appartient. Sans possibilité de référence collective, le professionnel est renvoyé à sa solitude, et aux risques qu'elle entraîne sur les initiatives qu'il prendra et sur les résultats qu'il obtiendra.

Quelques mots sur les « compétences collectives »

Les résultats d'une production ou d'une prestation dans l'organisation ne dépendent pas seulement des compétences individuelles de chacun mais de la mise en œuvre collective. Cette articulation entre l'individuel et le collectif est difficile à cerner mais les compétences collectives sont *plus que la somme des prestations individuelles* et se construisent essentiellement dans les processus sociaux et dans l'action. Une des fonctions du management est de favoriser l'émergence d'un travail en équipe permettant d'augmenter les connaissances, les savoir-faire partagés et faire évoluer les comportements. Il s'agit bien souvent d'articuler les savoirs différents, de coordonner les actions de plusieurs personnes vers des objectifs communs ou partagés. « Pour concourir à ces compétences collectives, chacun doit mettre en œuvre ses compétences, son action mais aussi savoir les insérer comme contribution à l'œuvre collective »²⁰

²⁰ TEULIER R. « Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences » Revue Soins Cadres, N° 41, février 2002. Pages 23 à 26

2.1.6 Compétence et transmission

Parce qu'elles se construisent dans l'action, on ne peut pas « transmettre » les compétences, ni l'expérience. Cependant si l'on considère l'ensemble des domaines que recouvrent les compétences dans le tableau de G. Le Boterf, on peut néanmoins admettre que certaines connaissances qui composent la compétence peuvent être partiellement transmises, de même que certaines capacités : le savoir choisir, le savoir faire des priorités. On peut en effet les expliciter, les partager et favoriser les mécanismes de leur construction *par un modèle d'apprentissage accompagné* mais la compétence ne pourra en aucun cas être considérée comme transmise dans sa globalité.

2.1.7 Compétence entre transférabilité et expérience

« Transférer » ses compétences signifie que l'on est capable de réinvestir tout ou partie de ses compétences dans des contextes distincts. Le concept de transfert peut prendre des significations différentes selon les disciplines auxquelles il est rattaché. Dans le champ de la psychologie expérimentale, il désigne : « *un ensemble de processus psychologiques grâce auxquels une activité est facilitée par une autre qui lui est analogue et qui l'a précédée* ». Les pédagogues, de leur côté, se sont attachés au *transfert des connaissances et des apprentissages*. Si l'on considère que la compétence est toujours une production inédite dans une situation particulière, ce qui se transfère alors n'est probablement pas de l'ordre de la compétence mais de la capacité, qui elle, est décontextualisée. On devrait parler de « transfert de capacités » et non de « transfert de compétences ».

Selon B. Charlott et S. Stech²¹ « le transfert n'est pas « transport » mais « *pontage* » entre deux problèmes, deux situations, deux disciplines, entre le passé et le présent, entre deux ou plusieurs logiques » Transférer, c'est d'abord établir des liens. Ce sont ces liens qui permettent la mobilisation des savoirs antérieurs dans une situation nouvelle. Ils mettent en œuvre des processus cognitifs mais aussi affectifs, culturels et sociaux.. Cela suppose un travail de déconstruction et de reconstruction de la part du sujet. Et cette mobilisation comporte donc une dimension subjective et identitaire, qui renvoie à des enjeux de sens et de valeurs. En d'autres termes, le transfert ne pourra avoir lieu que s'il est sous tendu par *la volonté et la motivation du sujet lui-même*. Le transfert ne peut être imposé et la question centrale au cœur du transfert est moins celle de la mobilisation dans une situation nouvelle de connaissances et de compétences acquises antérieurement, que les éléments concernant la possibilité, le souhait, l'exigence d'une telle mobilisation. Si le sujet décide par lui-même d'effectuer un transfert, cela signifie qu'il

²¹ CHARLOTT B. et STECH S. « A la recherche du concept », in « Le transfert des connaissances en formation initiale et continue. » CRDP, Académie de Lyon, 1994, p.29

a pu analyser, comprendre et expliquer sa façon de faire ou d'agir et donc qu'il a pu prendre du recul par rapport à ses actions. Il s'agit là d'une dimension de réflexivité portée sur ses compétences et son expérience qui devient formalisée. Cette expérience comporte une dimension très formatrice qui s'ajoute à la compétence globale et qui facilite l'ensemble du transfert. « Il s'agit essentiellement de tirer parti de son expérience en adoptant une attitude critique par rapport à la manière dont on perçoit et résout les problèmes, en étant capable d'analyser son propre comportement, d'identifier les sources de problèmes éventuels, et enfin, de savoir profiter activement de ses observations »²². En conclusion le sujet qui est capable « *d'apprendre à apprendre* » pourra d'autant plus facilement transférer ses compétences qu'il saura corriger et ajuster ses savoirs, ses capacités à agir et ses performances en fonction des différents contextes.

2.2 De l'évaluation des compétences et ses outils

L'évaluation des compétences s'entendra à partir de l'approche conceptuelle de la compétence que nous avons schématisée au paragraphe 2.1.3.

Cette évaluation est centrée sur l'approche des compétences d'un collaborateur au cours de l'entretien annuel d'évaluation avec le manager. Son but, grâce à l'utilisation d'un certain nombre d'outils, est d'aboutir à un jugement le plus éclairé soit-il sur l'ensemble des résultats obtenus par ce collaborateur, en rapport avec les critères définis et attendus par l'entreprise. La compétence se définissant selon trois niveaux, l'évaluation suivra cet ordonnancement et comportera trois domaines d'exploration :

1. L'évaluation **au niveau des ressources**, c'est à dire des savoirs et des connaissances (théoriques ou pratiques)
2. L'évaluation **au niveau des résultats** c'est à dire de la performance.
3. L'évaluation **au niveau des potentiels**, des capacités à agir : « des compétences proprement dites »

Nous ajouterons en parallèle à cette démarche, l'évaluation des comportements, des « savoir être » et des qualités personnelles, car il nous semble que cette approche corrobore le dispositif pour l'ensemble des auteurs. Elle apportera également un éclairage sur cette composante si subtile et difficile à cerner, « ce véritable casse tête pour les managers ! » dont nous parle Annick Penso-Latouche dans ses travaux en

²² LEVY LEBOYER C. « La gestion des compétences » Editions d'organisations 1996

n'évoquant plus le « savoir être » mais « **la compétence relationnelle** »²³. Celle-ci se situe aux trois niveaux de la compétence et mérite que l'on s'y attarde quelque peu.

2.2.1 L'évaluation des ressources

C'est sans doute la plus simple ; elle consiste à faire avec le collaborateur le listing des connaissances théoriques ou pratiques acquises ou nécessaires. Certaines seront liées à la formation initiale ou continue, à sa qualification, d'autres auront été acquises sur le terrain au cours de ses actions. Enfin les savoirs et connaissances qu'il lui faut acquérir dans l'avenir dans le cas de situations nouvellement identifiées ou de développement technique ou d'adaptation à l'emploi, feront l'objet d'une médiation entre le collaborateur et le manager.

L'outil de référence : L'ensemble des ressources nécessaires est bien peu souvent identifié clairement ; on les retrouve en partie dans « la fiche de poste » qui indique ce que doit faire l'employé (activités spécifiques liées au poste occupé) mais « les ressources » sont confondues avec le descriptif des activités liées au poste et ne sont que partielles. Les ressources de la personne évaluée doivent faire l'objet d'une liste distincte des activités, incluse dans son dossier d'évaluation. Cette liste peut être enrichie chaque année ou réajustée, et la personne peut se l'approprier pour se développer. Ceci nous renvoie à la configuration du dossier constituant l'entretien annuel d'évaluation ! Dans certaines entreprises, où la pratique du « bilan de compétences » est rôdée, les ressources de la personne se trouvent clairement identifiées dans une première partie qui précède celle de l'évaluation des capacités.

2.2.2 L'évaluation des résultats

Quoi de plus simple que de concevoir l'évaluation des résultats d'un collaborateur ? Le succès ou l'échec est directement visible dans la plupart des cas. Dans le tableau de G. Le Boterf, nous nous situons bien en bout de chaîne, c'est à dire « au niveau des résultats ». Comment peut-on parler de résultats si préalablement entre le collaborateur et le manager, des objectifs n'ont pas été fixés ainsi que des indicateurs fiables de l'analyse de ces résultats ? L'évaluation des résultats est la plus ancienne pratique de l'évaluation dans les entreprises depuis 1961 et se substituait jusqu'à présent à toute autre approche.

L'outil de référence utilisé pour permettre l'évaluation des résultats est représenté par ce qu'on appelle communément la DPO (démarche par objectifs), utilisée lors de l'entretien annuel d'activité au cours duquel le collaborateur doit justifier les écarts entre les objectifs

²³ PENSO-LATOUCHE A. « Pour en finir avec le savoir être » Revue Soins Cadres, N°41, février 2002, pages 43 à 45

posés et les résultats attendus. L'utilisation de cette méthode a permis des gains de productivité énormes, mais dans des périodes de croissance économique et de plein emploi. Actuellement, elle est considérée comme un échec et montre plus d'inconvénients que d'avantages. Les raisons de cet échec nous sont expliquées par Laurent Falque²⁴ et nous permettront ensuite de mieux comprendre l'intérêt de l'évaluation portée sur les compétences.

- La DPO : le « piètre encadrement » offert par les managers dans une démarche imposée par l'employeur est un des échecs principal de la DPO. De plus le manque d'implication des directions générales rend le lien quasi inexistant entre les « objectifs stratégiques » et les « performances » individuelles.
- Un manque de qualité dans la méthodologie utilisée : les objectifs sont mal fixés (voire trop globaux ou irréalisables), peu d'indicateurs sont fiables dans les critères d'appréciation des objectifs eux mêmes et des résultats. Perte de contrôle sur certains objectifs. Par ailleurs, les méthodes de travail font rarement l'objet d'appréciation, or nous savons bien que le degré de performance dépend pour beaucoup du choix de la méthode et du temps investi.
- Les collaborateurs ne se sont pas appropriés la méthode et ses outils et la jugent inadaptée aux réalités de l'entreprise. La coopération entre collègues et la possibilité de réaliser des objectifs en commun est occultée.
- On constate une certaine ambiguïté relative dans la notion de performance.
- Des relations managériales trop affectives sont instaurées dans les rapports hiérarchiques et interfèrent sur la qualité de l'interprétation. Il ressort aussi que les managers manipulent les évaluations à des fins personnelles et, au final, celle ci n'a rien de précis ni de bénéfique, pour l'un comme pour l'autre, et surtout pour l'entreprise.
- La méconnaissance précise des potentiels et des souhaits de carrière. Dans ce mode d'appréciation, rien n'est précisé sur les acquis issus de l'expérience et donc sur le potentiel. De telles informations déterminent pourtant l'évolution de carrière et le désir de rester (ou de partir) pour certains collaborateurs. Ceci rejoint aujourd'hui la volonté des DRH de réduire des taux de turn-over trop élevés ou de mieux les ajuster.
- Evaluer les résultats ne conduit pas les managers à se prononcer sur les conduites professionnelles, un même objectif pouvant être atteint avec des pratiques bien différentes, parfois démotivantes pour les collaborateurs. » La fin justifierait-elle les

²⁴ FALQUE L. « Juger la performance ou l'individu : le dilemme de l'évaluation » Revue Personnel N°437, Février 2003 pages 6 à 11

moyens ? Cette méthode est donc insuffisante et montre ses limites. La question d'évaluer des comportements attendus des collaborateurs est alors posée et l'on voit apparaître petit à petit dans les entreprises

une évolution vers des outils complémentaires comme :

- les définitions de fonctions (ou profils de poste : PP)
- la méthode des incidents critiques (recensement de tous les incidents susceptibles de se produire et l'on procède à leur analyse)
- les grilles d'appréciation des comportements attendus.

Ces méthodes tendent à rechercher la conformité des comportements par rapport à des normes et d'une certaine façon, à uniformiser les conduites professionnelles. D'autres méthodes centrées sur la performance et l'évaluation des résultats, et différentes de la DPO, apparaissent depuis quelques années avec les programmes de développement de la qualité.

Des outils transversaux : « **les démarches qualité** » sont mises en place dans beaucoup d'entreprises et également dans les hôpitaux contraints à s'engager dans une procédure d'accréditation. Ces démarches très normatives ont l'avantage de permettre de s'interroger sur les résultats collectifs obtenus, les méthodes de travail et les procédures utilisées à partir de thèmes ciblés. Elles ne visent pas précisément le domaine des compétences mais tendent à l'englober et impactent fortement sur elles. Par exemple, un défaut de qualité dans l'approche de résultats (ex : l'accueil ou la prise en charge d'un patient dans une situation donnée) peut remettre en cause un ou plusieurs critères constituant de la démarche qualité et ainsi les compétences d'un ou plusieurs professionnels, les processus utilisés ou encore les modes de management. Le manuel de l'ANAES dans sa dernière version consacre une grande partie à l'évaluation des compétences²⁵.

En conclusion il nous semble primordial dans l'approche de l'évaluation des résultats de ne pas nous situer seulement au niveau de l'approche individuelle par le biais de l'entretien annuel d'évaluation, mais de citer aussi les outils d'évaluation transversaux comme les démarches qualité qui présentent la particularité de s'adresser à un groupe de professionnels concernés par les mêmes procédures dans une même structure. Ce sont des démarches transversales centrées sur le collectif et des outils tout à fait complémentaires de ceux que nous venons d'évoquer dans le cadre de l'évaluation des résultats au niveau individuel, c'est à dire de la DPO. Ainsi dans le cadre d'un entretien annuel d'évaluation, dans la partie concernant « l'évaluation des résultats », il nous semble très intéressant de pouvoir

²⁵ ANAES : « Manuel d'accréditation » Version N°2 Novembre 2003. Direction de l'accréditation.

se référer aux résultats d'une démarche qualité, et de pouvoir croiser les résultats collectifs avec les résultats obtenus en individuel et d'en tirer des conclusions.

Enfin nous utiliserons les démarches qualité comme outils précieux d'évaluation des compétences collectives.

2.2.3 L'évaluation des compétences : les potentiels d'action

La méthode par DPO malgré ses nombreux inconvénients, reste malgré tout le modèle dominant et elle coexiste facilement avec les démarches qualité. Cependant, à l'occasion du huitième congrès mondial de gestion des ressources humaines qui se tenait à Paris en mai 2000, les DRH français déploraient cette manière productiviste de mesurer la performance et demandaient à ce que l'évaluation soit davantage centrée sur l'individu et son potentiel d'évolution. Ce constat fut d'ailleurs porté sur la place publique dans le numéro de Libération du lundi 29 mai 2000. Ainsi apparaît de plus en plus précisément dans les entreprises « l'évaluation des compétences ».

Cette approche de l'évaluation des compétences se situe dans notre schéma au niveau médian, c'est à dire au carrefour entre les « ressources » et « les résultats ». C'est une méthode complexe mais qui présente l'avantage de se centrer sur les potentiels de la personne en situation de travail. C'est une approche qui mise sur les « savoir et pouvoir agir », les capacités et les comportements de l'homme au travail, l'homme placé au sein d'une équipe et dans un environnement précis.

Outil de référence : Au cours de l'entretien individuel, la régulation du travail va s'évaluer par le biais d'un référentiel de compétences. Celui-ci répertorie les compétences liées au métier et à la qualification et les classe par niveau d'exigence requis pour le poste. Il faut préciser que la compétence se déduit de *l'activité*, car seule l'activité est visible (d'où le nom de référentiels d'activités qui précèdent souvent les premiers). « L'activité est la pierre angulaire de la compétence »²⁶. Ainsi on évalue les capacités à « vouloir et pouvoir agir » à partir des activités réalisées, par le chiffrage du niveau d'exigence dans chaque activité. Ce travail s'inscrit dans une logique descriptive mais aussi dynamique. Le sens du travail réalisé devient plus explicite, étant donné la précision des compétences à acquérir. Une réflexion peut être engagée sur le sens du travail, l'enchaînement de plusieurs séquences, sur l'association des compétences et de leur combinaison, amenant ainsi à l'émergence d'une valeur ajoutée. Si les compétences décrites dans un référentiel restent néanmoins une approche abstraite, celle-ci vise à démontrer au salarié que plus il maîtrise la conceptualisation de son travail, plus le nombre d'activités qu'il est capable de traiter s'élargit, accédant plus rapidement à la mobilité et à la polyvalence. Ainsi il développe un degré de vigilance plus élevé, une capacité de réaction plus rapide, une

²⁶ BARTHES R. « La GPEC » Document ENSP. Novembre 2003

plus grande implication et une plus grande responsabilité. Reliant étroitement les compétences *requises* pour l'emploi avec celles *acquises* par le collaborateur, l'entretien d'évaluation conduirait aux décisions nécessaires en matière d'organisation du travail et de polyvalence, de formation, de rémunération, d'évolution de carrière. L'évaluation des compétences aurait ainsi plus de chance de réussir que l'évaluation de la performance.

Les intérêts de cette méthode :

- intérêt méthodologique : l'évaluation des compétences renvoie davantage le collaborateur à lui même et à sa responsabilité : il a une obligation de savoir-faire en termes de compétences et de devoirs fixés par l'employeur. En outre, en face de chaque compétence, le « savoir agir » du collaborateur peut être évalué avec précision en différents niveaux
- Intérêt de l'engagement des acteurs : Des dirigeants français se sont investis de façon significative dans la généralisation des entretiens annuels tels USINOR-SACILOR en 1991 qui fut le premier à contractualiser une approche par les compétences au lieu d'une logique de poste. Ainsi on a pu constater que managers et collaborateurs pouvaient s'approprier plus facilement les supports et les outils de gestion des compétences et que leur participation sur les référentiels de compétences devenait une étape essentielle de la viabilité du système.
- Intérêt de constituer un « portefeuille de compétences » : qu'il soit individuel ou collectif, il sert à définir le niveau de qualification de la personne ou d'une équipe. Il permet de découvrir de nouveaux espaces professionnels, des parcours plus ouverts, de la polyvalence à la multivalence. Le portefeuille des compétences est très intéressant à constituer pour évaluer les compétences collectives.

Le concept de l'évaluation des compétences est *fédérateur* et c'est son principal mérite, mais il s'agit d'un changement radical qu'il convient de faire passer dans les mentalités et les managers parlent d'un « processus à risques » en évoquant le désir de l'intéressé à vouloir découvrir des capacités jusque-là insoupçonnées, et l'impossibilité de l'entreprise à pouvoir y répondre, générant ainsi le contraire de ce qu'elle se fixait au départ.

Si l'organisation est au service des potentiels, la compétence devient objet de médiation vers la performance des situations de travail. Et il est donc particulièrement important d'évaluer ces situations, avant d'apprécier les acquis de compétences. Evaluer puis apprécier les compétences donne alors au collaborateur la possibilité de progresser au rythme convenu, en ouvrant la porte de la négociation des conditions de travail sur la base des référentiels de compétences. Si cette approche de l'évaluation des compétences peut séduire, il nous semble honnête néanmoins d'en faire la critique.

Le bilan reste malgré tout mitigé dans l'ensemble des études.

- La façon de définir les référentiels de compétences, d'agencer les compétences les unes aux autres et de les relier à la performance relève d'un travail de titan.
- La manière de pratiquer l'entretien d'évaluation annuel sur la base du référentiel de compétences devient lourd à gérer et fastidieux pour les managers ; il nécessite alors plusieurs rencontres avec le collaborateur car les autres niveaux d'évaluation ne doivent pas être écartés : évaluation des ressources, des résultats, en couplant avec la méthode DPO. Ceci prend non seulement un temps énorme au manager mais requiert de lui d'être formé et au clair avec les différentes méthodes pour pouvoir prendre au final les décisions pertinentes.
- Après quelques années de pratique dans la gestion de l'évaluation des compétences par les managers, on assiste à une baisse de leur intérêt pour la méthode, compte tenu de la difficulté pour eux de poursuivre et d'assurer une progression continue de développement de leurs collaborateurs. Cette progression les amène à gérer la mobilité de manière plus lourde que la stabilité de l'emploi, et ce pour des bénéfices entre les deux qui ne sont pas toujours significatifs dans l'immédiat. Le développement des compétences a un coût et pèse sur les dépenses salariales, il s'inscrit dans le temps alors que les gains de productivité doivent se mesurer le plus souvent dans le court terme. En outre, ces dépenses deviennent un fardeau insupportable si les salariés sont autorisés à atteindre le niveau maximum des référentiels de compétences. Enfin le niveau de rémunération qui en découle, doit être en lien en principe, avec celui du développement des compétences.

En conclusion l'engagement d'une entreprise dans l'évaluation des compétences doit donc être marqué par la volonté d'allouer des moyens humains et financiers.

2.2.4 L'évaluation des compétences relationnelles

Encore récemment la compétence se définissait par la trilogie : savoir/ savoir-faire/ savoir-être. Le concept, comme nous l'avons vu, s'est aujourd'hui élargi en introduisant une dynamique par les « savoir agir et les capacités ». La trilogie des savoirs est désormais reléguée dans le domaine des « Ressources ». Si les deux premières notions (savoir et savoir faire) sont à peu près définies et faciles à cerner, la dernière est plus obscure et pose question à tous les managers. Le savoir-être, c'est-à-dire l'ensemble des comportements que la personne abordera lors de la « mobilisation de ses capacités » et la « combinatoire de ses compétences », est un élément majeur et déterminant dans la performance.

Annick Penso-Latouche²⁷ nous propose une étude qui nous éclaire sur la question. Le savoir-être est composé :

- Des qualités morales qui témoignent de l'acquisition d'un certain nombre de règles sociales et de leur acceptation
- Des aptitudes intellectuelles comme l'esprit de synthèse, l'autonomie, le sens de l'organisation qui dépendent de la rencontre entre la personnalité de l'individu et l'environnement dans lequel il se trouve
- Des comportements relationnels comme l'adaptation à l'autre, l'écoute. Ce qui est pris en compte ici, c'est autant la qualité de la relation avec l'autre que le désir d'entretenir avec lui une relation de qualité. Le savoir-être porte autant sur le résultat obtenu que sur la manière de l'obtenir.
- Des comportements témoins d'implication comme la disponibilité dans des groupes de travail hors des horaires habituels, de la participation active, de l'adhésion aux valeurs. Il s'agit là de tout ce que fait le salarié, qui va bien au-delà de ce qui est attendu et qui relève d'une démarche réellement proactive.

Le savoir-être ainsi décrit permet de mettre en évidence des comportements observables, visibles, pouvant être traduits en activités. « Un comportement est une manière d'agir rendue possible par l'acquisition tout au long de l'existence d'un capital de manières » nous dit Jean Paul Kaufmann²⁸. Comment, dans ce contexte, outiller l'évaluation ? Le savoir-être est souvent utilisé pour faire la différence entre deux personnes ayant les mêmes compétences. Il est censé nous dire quelque chose de la manière dont l'activité est mise en œuvre : avec sourire, efficacité, autonomie. Le plus simple est donc de préciser plus finement les critères de réussite de l'activité, détailler les résultats attendus et fixer des objectifs clairs, permettant une appréciation fiable de l'activité. Ainsi nous en arrivons à préconiser la « *Compétence relationnelle* » au lieu du « savoir-être », laquelle alors se trouve évaluable, au même titre que toutes les autres compétences. Cette évaluation se fait à travers un référentiel de compétences relationnelles définissant les « rôles » attendus ; Le rôle est l'ensemble des attitudes et des comportements qui dépendent aussi bien de l'individu que des attentes extérieures. Cette notion de *rôle* est précieuse car elle permet de préciser le *comportement attendu*, et donc à l'individu de s'y conformer même si ce n'est pas spontanément celui qu'il aurait adopté. Ce rôle est, du

²⁷ PENSO-LATOUCHE A. « Pour en finir avec le savoir être » Revue Soins Cadres, N°41, février 2002 pages 43 à 45

²⁸ KAUFMANN JP. « La trame conjugale : analyse du couple par son linge » Edition Nathan 1992, pages 145 à 147

reste, un objet de négociation entre le collaborateur et le manager. Le rôle a une dimension temporaire et se définit dans l'action : c'est donc bien une compétence qui s'inclut dans « *les compétences relationnelles* ».

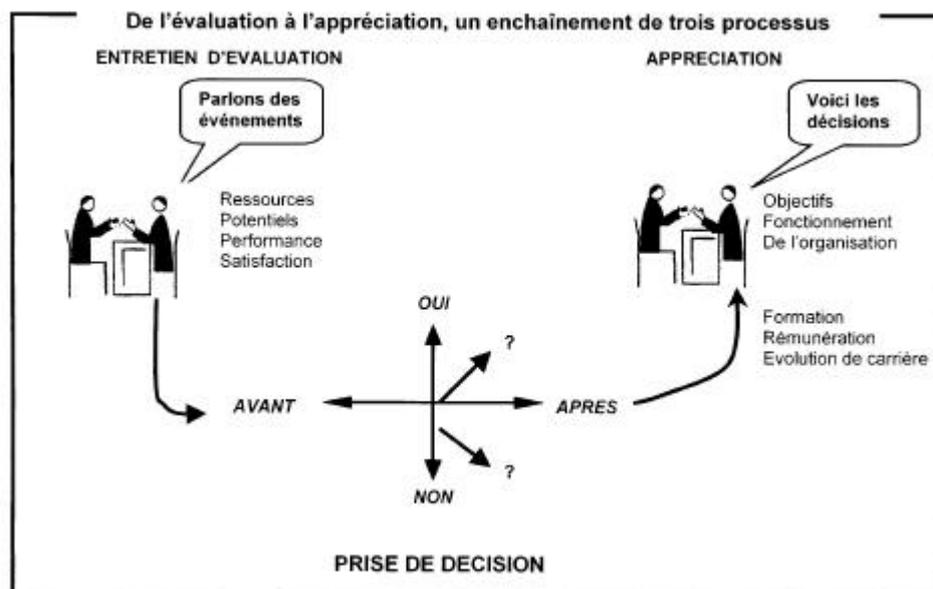
2.3 De la nécessité de distinguer l'évaluation et l'appréciation des compétences.

« **Evaluer n'est pas apprécier** » comme nous le précise Laurent Falque²⁹.

2.3.1 L'évaluation des compétences

Elle représente la première phase d'un processus et l'appréciation des compétences représente la troisième et dernière phase de ce processus. Au milieu se situe la « *prise de décision* ». Pour plus de clarification, l'évaluation précède l'appréciation. L'évaluation s'effectue au cours d'un entretien annuel d'évaluation centré sur le collaborateur. Comme nous l'avons vu, l'entretien consiste à interpréter les événements, à chercher en soi et avec son interlocuteur le sens des événements de l'année écoulée, ce qu'ils signifient en terme de ressources (évaluation des savoirs théoriques et pratiques), de compétences (évaluation sur la base de référentiel) et de performances (évaluation dans le cadre d'une DPO) et de satisfaction au travail. Cette évaluation permet une approche quantitative et qualitative de l'ensemble des compétences développées par le collaborateur et un jugement sur ses résultats.

Nous illustrerons notre propos par le tableau ci dessous issu du même auteur:



²⁹ FALQUE L. « Evaluer n'est pas apprécier » Revue Personnel, Juin 2000, p 11 à 16.

2.3.2 L'appréciation des compétences

Elle permet de déterminer la valeur des choses dans l'ensemble institutionnel, c'est à dire le degré de perfection attendu par rapport à une norme déterminée dans l'entreprise. Certes, le référentiel de compétences a établi une norme complémentaire pour conduire l'entretien d'évaluation mais il n'en est pas le support principal, au risque d'évacuer trop rapidement d'autres facteurs de performance ou de satisfaction au travail. L'appréciation ne consiste pas à décrire, répertorier ni même à interpréter. **L'appréciation des compétences est une démarche beaucoup plus large englobant l'évaluation des collaborateurs à d'autres critères et éléments institutionnels afin d'élaborer un état des lieux précis dans le domaine des compétences et ce dans l'ensemble de la structure. C'est un raisonnement, un processus d'analyse et de synthèse, issus d'une large réflexion et qui visent davantage à annoncer une décision³⁰ à travers une démarche stratégique construite.** Ainsi, l'appréciation fait la synthèse d'une part sur les résultats de l'entretien d'évaluation, d'autre part sur les actions à mettre en place et leur suivi, et prend en considération un certain nombre d'autres facteurs tels : le niveau des compétences collectives, la connaissance du terrain et de ses besoins, des éléments relationnels entre les acteurs et les logiques d'organisations. Si l'évaluation s'adresse à tous les managers et principalement aux cadres de proximité, l'appréciation dans sa globalité et dans tous les aspects qu'elle revêt s'adresse aux cadres supérieurs et particulièrement aux directeurs des ressources humaines et aux directeurs des soins. La prise en compte de cette distinction entre « *évaluation et appréciation* » et des différents niveaux à laquelle elle se situe, permet d'entrevoir le rôle essentiel que tiendra le directeur des soins dans le management de ses cadres et cadres supérieurs. Nous comprendrons mieux la démarche qu'il peut entreprendre dans le domaine de la gestion des compétences, et la conduite de projets qu'il peut éventuellement mener à partir des éléments objectifs quantitatifs et qualitatifs qu'il aura pu obtenir et dont il fera la synthèse. C'est bien sûr cette approche stratégique et globale que nous avons retenue pour notre étude et que nous essaierons de découvrir sur le terrain.

2.3.3 De l'appréciation des compétences cadres

Pour ces raisons, l'appréciation des compétences cadres représente donc un enjeu important pour le directeur des soins. Comme nous l'avons vu dans notre introduction, les cadres représentent le levier incontournable pour conduire le changement dans les unités de soins et des acteurs avec lesquels il faudra désormais partager les décisions. Il nous semble particulièrement important de nous pencher aujourd'hui sur leurs missions, les

³⁰ FALQUE L. ; op.cité p.25

compétences requises liées à leur formation ou expérience, les compétences cadres attendues au niveau des terrains dans lesquels il semble que les managements soient de plus en plus complexes et situationnels . Enfin il nous semble intéressant de pouvoir leur apporter une aide en leur permettant de développer leurs compétences, d'utiliser au mieux la formation continue, d'envisager avec eux une mobilité interne, une promotion, un déroulement de carrière satisfaisant. L'appréciation des compétences cadres nous permet d'ajuster une prise de décision concernant la procédure de recrutement et d'affectation et donc de mener des actions efficaces dans ce domaine.

Enfin nous n'omettrons pas, dans cette démarche, de prendre en considération et réfléchir sur la formation initiale des cadres, insérée dans le dispositif législatif précité dans notre cadre réglementaire, définissant les études de cadres de santé et les conditions d'accès et d'obtention au diplôme de cadre de santé. Celui ci décrit la nature et le type des compétences à acquérir au cours de la formation.

En cherchant à clarifier et interpréter tous ces éléments, nous rentrerons ainsi dans « le cœur du métier de cadre », un des métiers les plus difficiles à cerner et définir clairement. Il requiert une combinaison de multiples compétences, associant des savoirs théoriques mais aussi relationnels et de communication, et enfin de l'expérience. Le référentiel des compétences cadres est aujourd'hui à l'étude à l'Observatoire national des emplois et des métiers³¹ de la santé et nous apportera un éclairage précis dans ce domaine, mais déjà dans certains établissements, des référentiels de compétences des cadres ont été utilisés et ont vu le jour, preuve de la nécessité d'utiliser des outils rationnels dans l'appréciation des compétences.

En valorisant ainsi le « métier de cadre » nous pensons nous inscrire dans une dynamique managériale motivante susceptible de compenser les difficultés actuelles que nous avons évoquées dans notre introduction et qui touchent cette catégorie professionnelle. Nous verrons comment un directeur des soins peut s'impliquer dans une telle démarche.

Sur le plan collectif, la possibilité d'élaborer « *un portefeuille des compétences cadres* » nous amène à nous projeter dans l'avenir avec plus de confiance, en ce sens qu'il nous permet d'évaluer la faisabilité d'un ou plusieurs projets de service et de nous y adapter plus rapidement. L'appréciation des compétences nous ouvre donc le vaste domaine de la gestion des ressources humaines, tant sur le plan quantitatif que qualitatif et plus spécifiquement celui de la GPEC.

³¹ 2002 : Création de « l'Observatoire des emplois et des métiers de la santé » et lancement de la démarche « Répertoire » DHOS. Ministère de la santé.

2.4 De la GRH à la GPEC : vers une politique performante des RH

La GRH, gestion des ressources humaines, selon R.Barthès³², a trois dimensions :

- Une *fonction stratégique* qui consiste à définir les orientations dans le domaine des ressources humaines et à poser les questions suivantes : quelle politique de l'emploi, de l'évaluation des personnels, de la formation, et de la gestion des compétences, de l'organisation et des conditions de travail, de la participation, des rémunérations ?
- Une *fonction intégrée* qui traduit en plan d'action des RH toutes les décisions prises à un niveau stratégique
- Une *fonction partagée* par le rôle décisif du management dans l'appropriation et l'application des politiques de ressources humaines.

La GPEC, gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, selon R.Barthès, se situe dans la sphère politique des RH. C'est la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et plans d'action de ressources humaines.

➤ Ses origines

Dès 1980, les démarches GPEC ont été initiées par les entreprises industrielles puis le secteur tertiaire a rejoint le mouvement dans les années 85. La fonction publique, à la suite de réflexions autour de « la modernisation de la fonction publique »³³, s'est largement engagée dans des travaux d'analyse et d'anticipation du contenu des emplois et de la gestion des compétences. En 1988 la direction des hôpitaux a souhaité apporter une aide aux établissements confrontés aux problèmes de reconversion des personnels techniques et ouvriers en mettant à leur disposition une nouvelle méthode de lecture des emplois et des propositions d'action de formations adaptées à l'évolution des emplois et aux opérations de reconversion. Plus tard le champ de la GPEC s'est élargi. Sa structuration se poursuit progressivement dans les hôpitaux et elle est intégrée dans les COM en 1997. Un an plus tard un guide méthodologique de GPEC est diffusé dans les établissements. L'observatoire des emplois et métiers est créé en 2002 ainsi que le Répertoire. Enfin, elle apparaît dans le Plan Hôpital 2007. Nous retiendrons pour finir une définition de la délégation de l'emploi en 1991 qui nous semble appropriée et dynamique : « La GPEC est une activité de gestion qui permet à l'entreprise d'accroître ses compétences, sa réactivité et son adaptabilité aux fluctuations de son environnement par

³² R.BARTHES « La GPEC » document ENSP, Novembre 2003

³³ Circulaire Rocard en 1989 sur la modernisation du secteur public

une analyse sur le contenu des métiers, l'évaluation des qualifications en relation avec l'organisation du travail, la validation de la compétence et du potentiel individuel et collectif du personnel ».

➤ Ses objectifs

Elle vise à maîtriser de façon anticipée, à court, moyen, et long terme, les écarts collectifs et individuels entre les besoins et les ressources, en terme de volume, de compétences et de coûts, en fonction des orientations et choix stratégiques pris dans l'entreprise.

La réduction des écarts suppose de disposer des référentiels.

Elle implique l'agent dans le cadre d'un projet individuel d'évolution professionnelle.

Elle sert aux établissements à faire des projections sur l'avenir pour disposer à temps des métiers et des compétences indispensables pour le futur. Elle s'inscrit donc dans le temps et s'oppose ainsi à une politique basée sur les seules données de l'économie et de la rentabilité à court terme.

Anticiper c'est prendre les devants, le temps est une variable essentielle dans la gestion des hommes et la GPEC doit prendre en compte l'évolution sociologique à travers les comportements, les habitudes, la culture.

En outre la caractéristique de la ressource humaine est qu'elle est peu flexible (structure d'âge, qualification) et coûteuse puisqu'elle représente le premier poste budgétaire ; enfin, elle devient rare et un facteur d'incertitude et de risque pour le développement de l'établissement. De ce fait elle nécessite une liaison structurée à court, moyen et long terme et l'intégration des RH dans la stratégie globale de la GRH.

La partie de la GPEC concernant la gestion des compétences ajoute la problématique de l'apprentissage. Un véritable dilemme car il est impossible de le situer dans le court terme ! L'apprentissage d'un métier, l'acquisition et la maîtrise de la compétence nécessitent du temps, des mois, des années parfois. Mais la performance de l'entreprise passe par la croissance progressive de la compétence des hommes c'est-à-dire la maîtrise que ces derniers ont de leur métier et également leur motivation, leur implication. En conclusion la GPEC est *le fil d'Ariane*, le liant où se côtoient toutes les approches de la dimension humaine. Elle est par ses aspects majeurs, (participatif, intégratif et fédératif) un instrument précieux du projet social et du projet de soins et un levier d'interactivité permanente des éléments qui structurent l'organisation sociale au sein de l'établissement.

Notre étude cherchant à explorer la gestion des compétences cadres par les directeurs des soins et à découvrir les projets qu'elle peut susciter, se situe bien au cœur de la GPEC, elle-même intégrée dans la GRH. Cette première partie relative au cadre théorique nous éclaire sur les concepts présentés et sur les corrélations que pose notre hypothèse de recherche que nous vous rappelons :

« En quoi l'appréciation objective des compétences cadres par le directeur des soins contribue-t-elle à l'élaboration d'une politique de gestion des ressources humaines performante et adaptée aux besoins du terrain ? »

Dans la partie suivante nous poursuivrons notre travail en tentant d'apporter une réponse à notre questionnement par une étude basée sur la réalisation d'entretiens et l'analyse de leurs résultats.

3 TROISIEME PARTIE : ETUDE, RESULTATS ET SYNTHESE.

3.1 La méthodologie

Afin de bien cerner tous les éléments pris en compte dans la démarche d'appréciation des compétences cadres par les DS, les éléments cités dans les six hypothèses de recherche, les éléments objectifs mais aussi ceux qui relèvent d'un plan plus qualitatif et ou de la subjectivité de la personne, nous avons choisi de réaliser dans la phase exploratoire des entretiens semi directifs auprès de DS en fonction. Ceux ci seront réalisés à travers une grille de questions, ciblant les thèmes cités dans les hypothèses. Les grilles³⁴ servent de support et de guide à l'entretien mais restent toutefois assez souples pour permettre la libre expression du sujet.

Les objectifs des entretiens auprès des DRH étaient :

- ✓ d'aborder la définition et l'existence d'une politique de gestion des ressources humaines et les conditions de son élaboration.
- ✓ d'appréhender la mise en place d'une GPEC et son utilisation particulièrement dans le domaine des compétences du personnel cadre.
- ✓ de connaître les outils utilisés pour l'appréciation des compétences
- ✓ de comprendre le sens donné au partenariat existant (ou non) entre le DRH et le DS.

Les objectifs des entretiens réalisés auprès des DS étaient les mêmes que ceux présentés aux DRH mais avec les précisions supplémentaires suivantes :

- ✓ appréhender les outils utilisés pour l'appréciation des compétences cadres et leur utilisation
- ✓ saisir les éléments objectifs ou subjectifs qui fondent leur démarche d'appréciation des compétences cadres et leur prise de décision.
- ✓ évaluer l'impact de l'utilisation de ces outils de gestion des compétences sur la dynamique de construction de projets ou d'élaboration de politique de RH.

3.1.1 Nombre d'entretiens :

Nous avons réalisé **20 entretiens**, qui se sont déroulés sur huit semaines et qui ont été réalisés sur les lieux d'exercice des professionnels après accord des personnes et une

³⁴ Les grilles d'entretien sont présentées en Annexe 1

prise de RDV formalisée. Ils ont duré en moyenne une heure et demie. La garantie de l'anonymat de leur réponse leur a été donnée.

3.1.2 Population ciblée :

Nous avons choisi des directeurs des soins exerçant en secteur gestion mais aussi des directeurs d'instituts de formation car il nous a semblé incontournable de les associer à cette réflexion menée sur la gestion des compétences des cadres. Enfin nous avons eu la chance de rencontrer quelques directeurs des ressources humaines dont les témoignages renforceront la cohérence de notre étude.

Notre échantillon se définit comme suit :

- 6 DRH
- 8 DS en gestion dont 2 en secteur psychiatrique
- 6 DS en instituts de formation (2 IFCS, 3 IFSI, 1 IFMER)

3.1.3 Lieux d'investigation :

- 2 CHU de région différente (supérieurs à 3000 lits)
- 1 CHS psychiatrie (450 lits)
- 3 CH de soins de secteur médico-chirurgico-obstétrique (MCO) de moyenne importance (l'un comportant un secteur de psychiatrie : 850 lits en tout, le second de 656 lits et le troisième comportant 345 lits.
- 6 Instituts de Formation dont trois de région différente.

Il nous a paru intéressant de prendre en considération la diversité des établissements et des sites géographiques.

3.1.4 Les limites de l'étude :

- Compte tenu du temps qui nous est imparti, nous sommes conscients que le nombre d'entretiens réalisés reste modeste et qu'il faut rester prudents quant à l'interprétation des résultats
- Lors de l'exploitation des entretiens, compte tenu de la richesse des données et de la difficulté de classer les réponses en fonction des critères concernant les outils cités, nous pensons, a posteriori, qu'il aurait été intéressant de réaliser un questionnaire et de l'étendre à un plus grand nombre de personnes. Nous présenterons donc pour certaines hypothèses des réponses sous forme de tableau et d'autres sous forme de phrases représentatives des entretiens menés.
- Nous avons choisi volontairement de ne pas réaliser d'entretiens auprès des cadres car il nous semble que « l'appréciation des compétences », telle que nous l'avons définie, est davantage une démarche du côté des directeur des soins et

des DRH. Il aurait été intéressant de connaître l'avis des cadres dans l'évaluation de leurs compétences et leurs attentes dans ce domaine mais ce thème faisait, à lui seul, l'objet d'un mémoire et nécessitait un nombre important d'entretiens pour être représentatifs. Par ailleurs, il nous a paru important, en tant que futur professionnel, de nous centrer sur la démarche du directeur des soins pour bien la comprendre dans tous ses aspects.

3.2 Résultats des entretiens

Ils seront présentés en rapport avec les six hypothèses présentées et une analyse sera faite après chaque thème. Suite à une lecture attentive des entretiens, nous restituons les idées dominantes qui se dégagent des réponses données par les professionnels interrogés et ce pour chaque thème abordé et nous comparerons les résultats avec notre cadre théorique. Pour certaines hypothèses nous présenterons les réponses sous forme de tableau.

Thème 1 : Le partenariat DRH- DS dans le cadre la GPEC et ou de la GRH

Pour bien comprendre ce thème il nous a fallu classer les réponses dans un ordre logique correspondant à la progression des entretiens :

1. collaboration DRH / DS : oui ou non et si oui dans quel domaine en particulier ?
 - GPEC ?
 - GRH ?
2. points en particulier sur lesquels s'effectue le partenariat ?

Les résultats sont les suivants:

Question 1 :

Coté DS

12 DS répondent positivement sur la question du partenariat avec les DRH soit une réponse à **100%**.

- Par contre 58% pensent que ce partenariat se réalise davantage dans le cadre de la GRH: (7 réponses)
- 8% seulement pensent que celui ci se réalise dans la GPEC (une réponse seulement)
- 33% pensent que le partenariat se situe dans les deux domaines indifféremment (4 réponses) sans pouvoir définir précisément ce que recouvrent les deux domaines cités.

En résumé :

58% DS situent le partenariat dans la GRH

33% DS situent le partenariat dans les deux

8% DS situent le partenariat dans la GPEC

Coté DRH

5 DRH répondent oui au partenariat avec les DS soit une réponse à 83% (une seule réponse négative)

Leur vision de la participation avec les DS se situe dans le domaine :

- de la GPEC pour 80% des réponses
- de la GRH et de la GPEC pour seulement 20% des réponses

Le contenu des réponses concernant les éléments du partenariat sont cohérentes avec les domaines d'action cités : les DRH ont donc une bonne connaissance de la GPEC et de la GRH.

Question 2 :

Les éléments cités par les deux catégories de professionnels, sur lesquels se fonde le partenariat sont les suivants :

- le recrutement
- la procédure d'affectation
- les effectifs : calculs réels et administratifs, appréciation des écarts, anticipation des départs, remplacements.
- la mobilité interne
- la formation continue
- l'évaluation des personnels
- la gestion des compétences

Sont partagés : recrutement, affectation, mobilité interne, anticipation des départs, remplacements, formation continue, évaluation. Les DRH reconnaissent la spécificité des DS dans la gestion des personnels paramédicaux et suivent leur avis

Pour une seule réponse des DRH, ces domaines sont totalement délégués au DS avec attribution d'un budget de personnel à gérer pour l'année et pour ce DRH l'action du DS se situe à la fois dans la GRH et dans la GPEC. « C'est un partenaire à part entière dans l'équipe de direction qui gère tous les personnels paramédicaux qui doit être compétent et en qui je dois avoir confiance »

Ne sont pas partagés ou prêtent à discussion : certains tableaux de bord spécifiques à la DRH, les calculs des effectifs au plan administratif, l'évaluation des écarts, le recrutement (une réponse).

ANALYSE :

Dans ce thème ce qui nous semble très intéressant à retenir :

Le partenariat existe bel et bien et est une réalité dans les fonctions des DRH et des DS mais il ne semble pas revêtir les mêmes représentations pour les uns et les autres et comporte même une contradiction nette liée à un manque de connaissance des domaines précités de GRH ou de GPEC pour les DS.

Les DRH citent la GRH comme un domaine leur revenant à part entière sur le plan de leur responsabilité. Ils situent l'action des DS essentiellement dans la GPEC en citant bien les éléments s'y réfèrent. Les DS situent leur action dans la GRH essentiellement et semblent ignorer ce que peut représenter la GPEC ! (Une seule réponse) et pour quatre d'entre eux la distinction n'intervient pas entre GRH et GPEC.

Il y a donc pour eux manifestation **un flou** sur la définition des termes et leur représentation. Certains DS ont précisé qu'ils n'avaient jamais entendu parlé de la GPEC soit 3 en institut de formation et un en gestion.

Ceci étant, malgré cette méconnaissance flagrante des DS, les relations dans la pratique entre les deux métiers semblent plutôt bonnes et les éléments de partage semblent représentés un consensus.

L'ensemble des DRH souhaitent garder le pouvoir de décision et l'approche stratégique de la GRH dans laquelle ils semblent limiter l'action des DS. Ceci est d'autant plus significatif qu'il n'y a pas d'ambiguïté pour eux dans les termes employés. Mais dans la pratique ils reconnaissent la place incontournable des DS et leur nécessaire participation dans l'avenir. Cette subtilité nous laisse entrevoir un enjeu de pouvoir entre les deux professions.

Nous sommes satisfaits de constater que nos résultats sont absolument similaires (à 5% près) à ceux comparés de P. LEMASCON³⁵ dans ses investigations explorant les mêmes domaines.

Thème 2 : La gestion des compétences et l'utilisation des outils

Nous avons fait trois catégories pour cibler ce thème :

1. la notion de compétence est-elle définie ? Ainsi que la notion de compétence cadre ?

³⁵ LEMASCON.P « L'utilité des tableaux de bord pour la gestion des ressources humaines : outils de pilotage de la direction des soins » Mémoire ENSP 2002.

2. les outils « d'identification des compétences » des cadres sont-ils définis, existent-ils et sont-ils utilisés : référentiels, profils de poste, fiches de postes, recherche de compétences collectives ?
3. les outils « d'évaluation des compétences » des cadres sont-ils définis, existent-ils et sont-ils utilisés : entretien annuel d'évaluation avec DPO, évaluation des ressources, des potentiels (bilan de compétences), des performances ? des éléments de démarches qualité sont-ils pris en compte ?

Pour clarifier cette partie de notre travail qui représente le cœur de notre recherche, nous vous présenterons les réponses sous forme de tableaux.

Pour la définition de la compétence, nous considérerons la réponse positive dans le cas où l'interviewé est capable de donner une définition de la compétence majoritairement proche de notre cadre conceptuel même si nous n'y retrouvons pas tous les éléments constitutants de manière exhaustive, ou si la définition relève d'un autre cadre conceptuel connu. La réponse sera considérée comme négative dans le cas contraire.

Pour les compétences cadres, la réponse sera positive dans la mesure où l'interviewé est capable de se référer à des éléments objectifs formalisés dans l'établissement, la réponse sera considérée comme partielle si les éléments cités font référence « théorique » à des outils mais que ceux-ci ne sont pas présents ni formalisés, et négatives dans les autres cas c'est-à-dire que la définition est totalement empirique et relève de la subjectivité de la personne. Exemple donné dans un entretien : « Un cadre est une personne qui sait se débrouiller en toute circonstance ».

Résultats question 1 : La définition des concepts de compétence

Coté DRH :

TABLEAU 1A

DRH	La Compétence		La Compétence Cadre		
	D	ND	D	RP	ND
1	X			X	
2	X			X	
3	X		X		
4	X		X		
5		X			X
6		X			X
Résultats	67%	33%	33%	33%	33%

Légende

D Défini
 ND Non défini
 Réponse
 RP partielle

67% sont au clair avec la notion de compétence ; et 33% échappent à cette notion.

Pour ce qui est de la notion de « compétence des cadres » :

33% ne la définissent pas

33% en parlent en donnant une réponse partielle, c'est-à-dire qu'ils la définissent de manière théorique sans pouvoir présenter les outils correspondant de leur établissement
 33% sont précis et présentent des outils d'identification utilisés dans l'établissement.

Coté DS

Voir tableau 1B.

67% sont au clair avec la notion de compétence

33 % ne savent pas la définir

Pour ce qui est de la notion des « compétence des cadres » :

42% ne la définissent pas

33% la définissent de manière théorique et partielle

33% la définissent en présentant les outils qui s'y rapportent.

TABLEAU 1 B

DS	La Compétence		La Compétence Cadre		
	D	ND	D	RP	ND
1	X		X		
2	X		X		
3	X			X	
4	X			X	
5	X				X
6		X			X
IFCS 1	X		X		
IFCS 2	X		X		
IFSI 1	X			X	
IFSI 2		X			X
IFSI 3		X			X
IFMER		X			X
Résultats	67%	33%	33%	25%	42%

Légende

D Défini
 ND Non défini
 RP Réponse partielle

ANALYSE :

- Presque deux tiers des DRH et des DS (égalité des résultats) ont connaissance de la notion de compétence et la définisse de manière satisfaisante.
- Par contre, lorsque l'on rentre dans le détail en ce qui concerne « les compétences cadres », on constate que si l'on cumule les réponses non correctes (non définies soit ND) et les réponses partielles (RP), 66% des DRH ne sont pas au clair avec les compétences cadres et 67% des DS non plus ! Seulement 1/3 de l'échantillon dans les deux catégories est capable de donner une définition objective et de fournir les outils qui s'y rattachent.

Deux interprétations sont possibles selon le niveau d'exigence que l'on se fixe: tout dépend de la catégorie à laquelle on relie les résultats des réponses partielles (RP).

- Si l'on attend des résultats fondés sur une objectivité pure, les résultats sont très décevants. (1/3 des réponses seulement)
- Si l'on accepte d'assimiler les réponses partielles aux bons résultats, alors le diagnostic est moins sévère (2/3 de réponses).

Pour éclairer notre réponse, nous considérerons le contenu « qualitatif des réponses » qu'il est difficile de détailler dans des résultats chiffrés et nous concluons sans nous tromper que les DRH comme les DS ont une insuffisance de connaissance des compétences cadres et que les outils qui y sont rattachés ne sont pas objectivés ni utilisés pour la moitié d'entre eux.

- Il est à remarquer enfin que la position des DS en institut de formation diffère des DS en gestion. Autant les DS en IFCS définissent « la compétence » et « la compétence cadre » (ce qui est plutôt rassurant puisqu'ils représentent la formation initiale de la compétence cadre) autant ces notions ne sont pas identiques dans le milieu des IFSI où un seul DS a pu définir la compétence mais aucun d'entre eux « la compétence cadre ». Même résultat pour le DS en IFMER. Le concept de compétence dans les instituts de formation reste basé davantage sur les savoirs, savoir faire et savoir être, que sur les capacités à agir et cette constatation de manque de modernité dans les lieux d'enseignement nous a surpris.

Résultats question 2 : Les outils d'identification des compétences cadres

Coté DRH :

TABLEAU 2 A

DRH	Référentiels			Profil de poste			Fiche des postes			Autres	Comp Collec
	D	E	U	D	E	U	D	E	U		
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
2	X			X	X	X	X	X	X		
3	X			X	X	X	X				
4	X			X							
5	X			X				X	X		
6	X							X	X		
Résultats	100%	17%	17%	83%	50%	50%	50%	67%	67%		

Légende

- D Défini
- E Existe
- U Utilisé

- Les référentiels arrivent en tête avec 100% des réponses pour ce qui est de leur définition. Quant à leur existence dans la structure et leur utilisation, les réponses chutent à 17%

- Les profils de poste (PP) arrivent en seconde position avec 83% des réponses pour leur définition. La moitié d'entre eux soit 50% disent qu'ils existent dans la structure et les utilisent. Certaines réponses montrent une confusion entre la définition du profil et de la fiche de poste.
- Les fiches de poste (FP) arrivent en troisième position avec 50% des réponses pour leur définition. 67% disent qu'elles existent et qu'elles sont utilisées dans la structure. Cet écart s'explique par le fait que trois DRH affirmaient qu'elles existaient et étaient utilisées dans la structure mais par contre ils ne savaient pas vraiment les définir ni faire le distinguo avec le profil de poste.

ANALYSE :

Les DRH connaissent les outils de gestion des compétences et sont tous capables de définir ce qu'est un référentiel (100%). Néanmoins une distorsion nette apparaît en ce qui concerne l'existence et l'utilisation des outils dans les structures. Les référentiels sont quasiment inexistantes et donc peu utilisés. Les profils de poste présentent des résultats mitigés : seulement la moitié d'entre eux précisent qu'ils existent dans la structure et qu'ils sont utilisés. Sur le plan qualitatif des réponses, on peut dire qu'une certaine confusion existe entre fiche de poste et profil de poste.

A noter : pas d'autres propositions sont faites pour d'autres outils et la notion des « compétences collectives » laisse les DRH pensifs : pas de définition précise, amalgame fait avec les conditions de travail.

Coté DS : **TABLEAU 2 B**

DS	Référentiels			Profil de poste			Fiche des postes			Autres	Compét. Collectives.
	D	E	U	D	E	U	D	E	U		
1	x	x	x	X	X	X	X	X	X	grilles grilles grilles liste de savoir faire liste de qualités requis	portefeuille esprit d'équipe management art de coordonner
2	x	x		X	X	X	X	X	X		
3	x	x		X	X	X	X	X	X		
4	x	x		X	X		X	X	X		
5	x			X	X		X	X	X		
6	x			X	X		X	X	X		
IFCS 1	x			X	X		X	X			
IFCS 2	x			X			X	X			
IFSI 1	x			X			X				
IFSI 2	x						X				
IFSI 3	x						X				
IFMER	x			X			X				
Résultats	100%	33%	8%	83%	58%	25%	100%	67%	50%		

Légende

D Défini
E Existe
U Utilisé

- Les référentiels arrivent en tête à égalité avec les fiches de poste Ce sont les outils les mieux définis et les plus connus de tous (100%). Mais les référentiels, quant à leur existence, chutent à 33% et leur utilisation à 8%.
- Les fiches de poste (FP) sont donc bien connues. Elles existent dans 67% des cas mais ne sont plus utilisées que dans 50% des cas c'est-à-dire la moitié.
- Les profils de poste (PP) ont un bon score (83%) en ce qui concerne leur définition mais arrivent néanmoins en troisième position. Ils sont mal définis par l'ensemble des professionnels, existent moins (58% des cas) et ne sont utilisés que dans 25% des cas.

ANALYSE :

Les DS connaissent pratiquement tous les outils de gestion des compétences avec même un score légèrement plus élevé que pour les DRH. Force est de constater néanmoins que lorsque l'on se penche sur la réalité de leur existence et de leur utilisation dans les structures, le taux d'intérêt pour ces outils chute de manière significative (50% pour les FP, 25% pour les PP, et seulement 8% pour les référentiels !

- Ainsi les fiches de poste sont les plus utilisées ensuite les profils de poste et en dernier les référentiels avec une très faible réponse. Ceci s'explique par la simplicité plus grande et l'aspect plus pratique que représentent les fiches de poste. Le profil de poste est utilisé pour définir les missions des cadres mais reste assez confus dans sa présentation (document recouvrant souvent plusieurs pages).
- Le référentiel, par contre, est vécu comme trop compliqué, trop lourd à utiliser, nécessitant une remise en cause de la méthode d'entretien annuel. Les DS sont conscients qu'ils doivent être intégrés à une véritable politique de gestion des compétences laquelle nécessite des moyens et du temps, et, notamment la formation des cadres supérieurs et des cadres à l'utilisation de ces outils. Certains DS ont évoqué « *les référentiels d'activités* » comme plus simples à utiliser et comme première approche avant celle des « *référentiels de compétences* ». Cette remarque nous a paru très intéressante. Les remarques qui nous ont été faites concernant les FP et les PP nous montrent que le contenu et la structuration de ces fiches sont mal faits et très confus. Certaines missions décrites dans les PP sont contradictoires avec celles des FP ! Les compétences sont décrites en terme de savoirs et rarement en terme de capacités ni classées en regard des activités à remplir. Il existe une confusion et une hétérogénéité dans ces deux outils : et, comme nous dit un DS interrogé :
« *C'est tout et n'importe quoi qui figure dans ces fiches ! Des outils bien construits, cohérents entre eux et opérationnels rapidement seraient utilisés par*

les professionnels. » Ceci ressort de nos entretiens et nous retiendrons ce point pour construire nos propositions d'actions.

- Autre constat, nos résultats sont très pauvres dans les instituts de formation. La plupart des personnes interrogées savent définir les outils mais ceux-ci n'existent pas ni ne sont utilisés. Cela nous pose question ? Nous trouverons des réponses à cette problématique dans l'exploitation des autres hypothèses.
- Les autres outils : il est à noter que les réponses des directeurs des soins sont riches dans l'énumération d'autres outils d'identification des compétences tels l'utilisation de grilles servant de guide aux entretiens et permettant d'identifier des savoirs ou des savoir faire. Ces réponses représentent cinq directeurs de soins en secteur gestion soit un taux de réponse de 42% .
- Les compétences collectives sont également évoquées par les directeurs des soins mais relativement peu définies avec précision :
Certains parlent de « *capacités à coordonner les équipes, c'est l'art de récupérer l'ensemble des savoirs faire d'une équipe et donc l'art de manager. Les compétences collectives sont l'affaire des cadres.* »
« *Les compétences collectives sont liées à l'esprit d'équipe* ». Un seul d'entre eux a abordé l'importance et l'intérêt de constituer et de formaliser « un portefeuille des compétences ».

Résultats question 3 : Les outils d'évaluation des compétences cadres :

Les DRH interrogés sur cette question ont précisé que l'évaluation des compétences des cadres relevait du domaine du directeur des soins et qu'ils validaient leurs décisions mais ne participaient pas ou très rarement à l'évaluation des cadres.

Les résultats concernant les DS peuvent être résumés dans le tableau N°3. On observe :

- La pratique de l'entretien avec DPO reste le modèle dominant de l'évaluation et représente 100% des réponses. Ceci étant, les objectifs sont bien souvent mal formalisés, ce qui explique la grande difficulté de porter un jugement sur les résultats.
- L'évaluation des résultats est évaluée selon la DPO pour 33% des réponses, sinon, dans l'ensemble, les DS précisent que la notion de « résultats » est souvent subjective (78%) et rarement en relation avec le terme de « performance » défini dans le concept de compétence, lequel terme, est très éloigné de la réalité quotidienne des cadres Quand ils abordent la question des « résultats », les DS disent qu'il s'agit en fait d'un échange sur le contenu de l'année, ce qui a été vécu par le cadre en terme d'attentes et ce qui s'est passé

réellement. Les résultats s'entendent donc à travers un discours descriptif et subjectif de la période écoulée et non en terme de faits précis, et donc encore moins en terme de compétence.

- L'évaluation des ressources : 25% des réponses montrent qu'il existe une fiche où sont notées les ressources de la personne évaluée. Il faut préciser que ces fiches « ressources » correspondant aux « savoirs théoriques » sont faites principalement en institut de formation.
- Les éléments d'une démarche qualité : Deux réponses des DS (soit 17%) évoquent le fait que les résultats d'une démarche qualité menée dans un service sur un thème précis peut intervenir dans un entretien d'évaluation, soit pour aider justement à préciser les objectifs de la DPO, soit pour apporter des éléments objectifs sur l'appréciation de résultats attendus dans un domaine en particulier.
- Le bilan de compétences est un outil connu des DS mais aucun d'entre eux ne l'utilise au motif que ce n'est pas dans la culture de la fonction publique hospitalière et qu'ils ne sont pas formés pour l'utiliser, que « C'est beaucoup trop lourd à gérer ». Un DS nous dit : « Le bilan de compétences, c'est valable pour un cabinet de recrutement externe mais pas pour nous » et un autre DS de préciser : « *Je n'en vois pas l'utilité mais davantage les inconvénients car nous sommes dans l'incapacité d'assurer les conséquences qu'un tel bilan peut montrer. Comment gérer l'incompétence que ce bilan pourrait révéler ou inversement l'hyper-compétence en sachant que les personnes ont un statut public et la sécurité de l'emploi ?* ».

TABLEAU 3

DS	Entretien DPO	Evaluation des résultats	Evaluation des ressources	Bilan de compétences	Eléments DMQ
1	X	DPO			X
2	X	EI	X		
3	X	DPO + EI			X
4	X	EI			
5	X	DPO + EI			
6	X	EI			
IFCS 1	X	EI			
IFCS 2	X	DPO + EI			
IFSI 1	X	EI			
IFSI 2	X	EI	X		
IFSI 3	X	EI	X		
IFMER	X	EI			
Résultats	100%	DPO 33 % EI 78 %	25%		17%

Légende

DPO Dém / objectif
 EI Eléments informels
 DMQ Démarche qualité

ANALYSE :

Dans ce thème ce qui nous semble intéressant à retenir :

Les outils d'évaluation des compétences des cadres sont réduits dans leur nombre puisque c'est principalement l'entretien d'évaluation qui prédomine en utilisant la technique de la DPO. Il n'y a pas d'outils d'évaluation proprement dit pour les « compétences » et pas de prise de conscience de leur utilité dans l'entretien. Dans ces résultats, on note que la gestion des compétences passe par une « culture de la compétence » qui visiblement n'existe pas. De ce fait, aucune application concrète ne peut avoir lieu sur les terrains. Si les résultats de la question concernant l'identification des compétences (question n°2) font état d'une absence d'outils d'identification, il semble cohérent et logique que ceux de la question concernant l'évaluation des compétences (question n°3) aboutissent au même constat. Pas d'évaluation objective possible sans identification objective au préalable.

Nous soulignerons aussi l'écart existant donc entre la connaissance qu'ont les acteurs de tous les outils et l'absence d'utilisation qu'ils en font.

Thème 3 : Les éléments concernant la connaissance des besoins du terrain

Nous rechercherons dans ce thème les éléments d'instrumentation permettant d'objectiver cette connaissance.

Les DRH définissent leur fonction comme essentiellement administrative. Par contre il leur semble important de bien connaître les chefs de service et les partenaires sociaux comme interlocuteurs pour comprendre les besoins du terrain mais ils ne se déplacent jamais dans les services. Ils pensent que les DS sont les interlocuteurs privilégiés des acteurs de terrain et s'appuient sur leurs connaissances et leur expérience.

Les DS ont souligné tous l'importance de bien connaître le terrain dans lequel ils évoluent et les entretiens fourmillent d'exemples montrant l'intérêt qu'ils portent à la connaissance des services.

Un DS nous dit : « *C'est le cœur de notre métier, connaître les équipes et les cadres, sentir l'ambiance et comprendre la nature des relations entre les personnes.* »

L'instrumentation des DS relevée dans les entretiens et relative à l'identification des « besoins des services de soins » fait apparaître les éléments suivants :

➤ Coté personnel nous retiendrons :

Le projet de service, les plannings, la liste nominative des effectifs réels.

Différents tableaux de bord existent dans les services (tableau des emplois, tableau d'absentéisme, tableau des mouvements, le taux d'absentéisme, le relevé des accidents de travail ...) et sont variables en fonction des établissements. Il nous faut préciser qu'ils ne sont cités que dans le secteur des soins, et n'existent pas ou très peu dans les instituts de formation.

Les fiches de postes par catégorie professionnelle, les profils de postes sont cités.

➤ Coté patients nous retiendrons :

Les rapports d'activité médicale précisant le type de clientèle accueillie et la nature des pathologies rencontrées, les tableaux de bord informatisés donnant le nombre de patients entrant par mois, la DMS, le nombre d'interventions réalisées etc., les SIIPS donnant des informations sur la lourdeur de la prise en charge des patients et la nature des soins requis.

Enfin certains établissements exploitent les résultats des questionnaires de satisfaction d'une manière globale.

➤ Coté établissement :

Les DS et les DRH précisent que les instances sont importantes pour expliciter et valider certains besoins : CME, CTE, CHSCT.

ANALYSE :

Dans ce thème, il nous faut faire une différence entre le secteur soins et celui de la formation. Notre étude, orientée sur les besoins des services de soins, les réponses ont concerné davantage les DS en secteur soins

Nous remarquons dans ce thème, l'attachement des DS au terrain, lié, sans aucun doute, à leur origine professionnelle. On voit bien par là aussi leur spécificité par rapport au DRH.

Il nous semble important de retenir le fait que les DS ont une bonne connaissance du terrain à travers de nombreux éléments cités, qu'ils soient exhaustifs ou non.

Il existe beaucoup d'outils rationnels pouvant rendre compte de l'activité des services. Mais nous constaterons que la plupart d'entre eux sont des **outils quantitatifs**, et non **qualitatifs** comme ceux relatifs à la gestion des compétences, et que leurs actions répondent en priorité à des impératifs économiques et se situent dans une navigation permanente d'ajustement dans le court terme.

Ceci explique pourquoi les DS comme les DRH ne souhaitent pas voir émerger d'autres outils, quel que soit leur domaine d'application, qui s'ajouteraient aux autres.

Les DS connaissent bien les acteurs de l'encadrement (cadres de proximité et cadres supérieurs) et pratiquement tous les chefs de service. Cette connaissance relationnelle est primordiale et leur permet de fonder leur jugement d'appréciation des compétences de leur personnel (à défaut d'utiliser les outils rationnels). Ils précisent que leur risque d'erreur est encore plus faible qu'après une évaluation faite avec des outils rationnels

(mais aucun d'entre eux ne les ayant utilisés, ce jugement est tout à fait subjectif !). Ainsi leur expérience leur permet de juger le niveau de bien être d'une équipe, le degré d'intégration d'un cadre, la qualité relationnelle d'un chef de service avec le cadre. En résumé, les DS substituent leur connaissance du terrain et leur expérience à l'utilisation des outils rationnels d'évaluation des compétences comme si, inversement, cette utilisation des outils s'effectuait hors du champ d'exercice des professionnels. Cette représentation nous semble réductrice et correspondre davantage à « un rejet » des outils plutôt qu'à un argument réel.

Nous pensons que l'utilisation d'outils rationnels et objectifs ne peut être que complémentaire de l'approche personnelle subjective et ne peut qu'enrichir et affiner la connaissance du terrain.

Thème 4 : La démarche d'appréciation des compétences des cadres par les DS.

Les DS interrogés ont TOUS souligné l'importance « d'une appréciation juste » des compétences des cadres ; Particulièrement dans le domaine du recrutement et de la mobilité interne. Ils ont souligné leur responsabilité dans l'affectation des cadres.

Nous nous posons la question de savoir comment cette argumentation de « justesse du jugement » peut-elle se justifier sans l'aide des outils de rationalisation des compétences ?

Dans le secteur des soins :

Les DS prennent leurs décisions sur la base de leur expérience, de leur connaissance du terrain et d'un grand nombre d'éléments informels dont il nous est difficile de retranscrire le contenu (éléments liés au ressenti des DS par rapport à un cadre, éléments donnés par d'autres personnes et non vérifiés, recommandations de tiers, éléments politiques et ou syndicaux influant sur la prise de décision)...

La plupart d'entre eux, lorsqu'ils le peuvent, font participer les cadres supérieurs dans la prise de décision (et plus rarement les DRH) de manière à pouvoir rendre « plus objectif » leur point de vue. Ils prennent en considération l'avis du chef de service mais il arrive que leur décision finale soit différente. L'ensemble des DS des secteurs de soins précise que « la prise de décision finale » concernant l'affectation d'un cadre est, en fait, souvent en lien étroit avec le choix du chef de service et l'avis du directeur général. Il arrive que celle-ci soit prise sur des arguments n'ayant rien à voir avec les compétences (liens affectifs entre personnes, ancienneté dans l'établissement, appartenance syndicale, pression politique). Néanmoins l'avis du DS semble être de plus en plus respecté dans la mesure où il fait l'objet d'une argumentation de qualité. Cette argumentation s'inscrit principalement dans le cadre d'une bonne connaissance des services de soins, des acteurs qui y travaillent, une solide expérience dans le management et, enfin, dans la

culture de l'établissement. C'est dans ces conditions que les DS pensent avoir une « appréciation juste ».

Pour ceux dont les réponses au tableau 2B et 3 font apparaître une utilisation partielle des outils rationnels, ils précisent qu'ils s'en servent surtout dans l'appréciation des compétences au niveau du recrutement (par exemple : présentation du profil de poste et de la fiche de poste au postulant) mais très peu dans le cas de la mobilité interne pour évaluer ou faire le bilan des compétences d'un cadre. La mobilité interne fait souvent l'objet d'une médiation interpersonnelle entre le DS (accompagné ou non du cadre supérieur) et le cadre concerné.

ANALYSE :

L'appréciation des compétences des cadres est, comme nous l'avons vu dans notre cadre théorique, une démarche de synthèse englobant l'évaluation et les résultats de tous les paramètres entrant en jeu dans le domaine des compétences des cadres. C'est un raisonnement qui oriente voire qui permet « la prise de décision ». Celle-ci peut avoir lieu dans de multiples domaines : le recrutement, la mobilité interne, mais aussi l'accès d'un infirmier à un poste de « faisant fonction » de cadre (cas dans lequel est nécessaire une réflexion sur les compétences attendues), dans le domaine de l'accès à une formation pour faciliter l'adaptation à un emploi, et enfin pour mener une réflexion sur les besoins des cadres, l'accompagnement à mettre en place sur certains postes, la prévision d'effectifs et le management général des cadres (en vertical mais aussi en transversal)... Les réponses des DS n'ont pas évoqué les possibilités ni les avantages qu'une gestion des compétences pouvait leur apporter (et nous en développerons quelques aspects dans nos propositions). Cette pauvreté des réponses corrobore les réponses aux thèmes précédents et souligne la méconnaissance de la gestion des compétences.

Dans le secteur de la formation :

Les DS ont souligné la justesse du jugement mais aussi, avec insistance, l'importance de « l'appréciation des compétences des cadres ». Cette attitude nous a surpris compte tenu du constat de leur faible connaissance de la question et de la quasi inexistence des outils de gestion des compétences dans les instituts de formation. Nous avons cherché à comprendre ce paradoxe en approfondissant les entretiens.

ANALYSE :

Tout d'abord lorsque l'on parle de l'appréciation des compétences des cadres avec les DS des instituts de formation (DSF), il s'agit des compétences des « cadres formateurs ». Ceux-ci posent problème car ils n'ont pas de reconnaissance propre en terme de métier à part entière. Non seulement ils ne sont pas des « enseignants » (pas de diplôme) mais ils ne sont pas non plus des cadres de terrain reconnus par leurs pairs. Les formateurs se sont formés selon un principe de modélisation sur les plus anciens de l'institut. De ce fait,

il est très difficile d'objectiver clairement les compétences qu'ils doivent requérir. Ceci explique qu'aucune démarche en ce sens n'ait pu être menée dans les instituts de formation.

A cela s'ajoute quelques difficultés citées par les DSF dans la démarche de recrutement des cadres formateurs : les DSF justifient leur désintérêt pour l'appréciation des compétences par le fait d'une trop faible marge de manœuvre leur revenant dans la prise de décision du recrutement. Celui-ci s'effectue encore trop souvent à travers de nombreuses pressions venant des secteurs des soins et l'appréciation des compétences des cadres formateurs devient souvent secondaire voire inutile.

Ceci étant, les DS des instituts de formation se trouvent dans une situation de mouvance politique tout à fait particulière et évoquent leurs inquiétudes à travers l'actualité ; celle-ci pose cruellement le problème de « la compétence des formateurs » à travers le projet politique de l'universitarisation des instituts et en particulier la réforme LMD (licence, master, doctorat) visant à intégrer les études dans les programmes européens et la première année des études en université. La question de l'obtention de diplômes universitaires pour enseigner dans les universités se pose alors pour les formateurs et, face à cette exigence, les DSF essaient de favoriser le départ en formation de leurs cadres mais ces formations de troisième cycle sont longues et coûteuses et difficiles à organiser. Faute d'avoir pu davantage anticiper, des décalages de niveau importants s'observent chez les formateurs et sont parfois impossibles à combler. A cela s'ajoute le Rapport Berlan³⁶ qui fait état de « transfert de compétences » dans les professions paramédicales, et enfin, les problèmes que risquent de poser la mise en place de la VAE³⁷ (validation des acquis et de l'expérience). Tous ces éléments concourent à une grande inquiétude dans les instituts de formation et surtout dans le domaine de l'appréciation des compétences des cadres formateurs désormais remises en cause. Les DSF sont démunis et sont en attente des référentiels sur les compétences des formateurs qui devraient voir le jour au cours de l'année 2005 à la DHOS mais le chantier est désormais ouvert pour ces professionnels.

Thème 5 : Les DS tirent des conclusions dans l'appréciation des compétences des cadres à partir des résultats obtenus (1.2.3.4.)

Bien entendu les DS tirent des conclusions de leurs observations mais celles-ci ne sont pas en rapport avec des résultats obtenus à partir des outils de rationalisation.

³⁶ BERLAND.Y « Le transfert de tâches et de compétences » Rapport d'étape, Octobre 2003

³⁷ Décrets N°2002-795 du 5 mai 2002, N°2002-615 du 26 octobre 2002 concernant la VAE.

Ils nous disent :

« Je tire des conclusions en fonction de mon ressenti et de mon expérience et je tiens compte beaucoup du consensus des cadres supérieurs pour prendre une décision. »

« Dans une démarche stratégique concernant l'émergence de projets ; il faut savoir que l'on est davantage dans des jeux de pouvoir et des questions relationnelles que dans de la rationalisation. »

« Les outils de rationalisation nous enferment et nous éloignent des logiques humaines. On en a déjà assez comme ça et de toute façon, je ne m'en sers pas ; La plupart de mes décisions n'ont pas tenu compte des résultats de ces outils et elles ne sont pas mauvaises pour autant. »

Un DS d'institut de formation nous dit :

« Heureusement que je peux encore exercer ma profession en dehors de schémas rationnels et des petits comptes chiffrés pour évaluer mes cadres ! Nous évoluons dans les instituts de formation dans un milieu où la qualité de la relation prime sur toute autre considération. Nous prenons beaucoup de temps pour nous comprendre, partager le sens d'un projet pédagogique et échanger nos valeurs. C'est cette dimension d'analyse et de raisonnement que nous transmettons aux étudiants, pas celle d'un comptage ou d'un cumul de capacités à appliquer qui font perdre du sens aux actions. Tout dépend de ce qu'on veut produire comme professionnel au bout du compte ? Une question politique sensible en ce moment... »

Ces informations nous montrent bien le rejet de toute forme de rationalisation des compétences. Les décisions sont prises en fonction de leurs propres appréciations, mais se fondent aussi sur l'histoire des modes d'apprentissage. Celle ci nous montre qu'ils restent encore très « compagnonniques ».

Enfin un autre DS nous dit :

« Je n'ai pas la possibilité de me projeter à plus d'un an en avant compte tenu des pressions budgétaires en matière de gestion de personnel. »

« Il faudrait pouvoir profiter des résultats de la GPEC pour pouvoir se projeter. Encore faut-il qu'il y en ait une ? Personnellement je n'ai pas accès à ces données et je ne sais même pas si des simulations sont faites pour les années à venir ? Je gère donc le quotidien et l'année en cours, guère plus. » Les DS obéissent ainsi à des logiques se situant dans le court terme et dans des priorités économiques.

Enfin l'appréciation des compétences des cadres, telle qu'ils la réalisent, leur permet les conclusions suivantes :

- Trouver des réponses aux demandes de *recrutement* du moment.
- Trouver des solutions dans la *mobilité interne* et réaliser l'affectation des cadres selon un modèle de médiation et de concertation avec les acteurs concernés.

- Gérer les « *faisant fonction* » de cadres dans les services. Ce domaine ne fait que rarement l'objet d'une démarche spécifique de recherches de compétences objectivées et d'un encadrement spécifique ; La mise en place de ces agents reste basée sur une appréciation empirique de la part du DS, des cadres ou cadres supérieurs et tient compte du souhait de l'agent concerné .

Deux DS (sur huit soit 25% des réponses) ont évoqué la mise en place d'un tutorat pour aider ces candidats à réaliser leur projet professionnel. On trouve alors dans ces deux hôpitaux des outils formalisés aidant à la réalisation de la démarche. Ex : grilles d'activités listées et développement de « savoirs-faire » en rapport. L'agent est aidé en fonction des difficultés qu'il éprouve.

- Réaliser *les évaluations* au cours des entretiens annuels mais, (comme nous l'avons vu dans 6 réponses sur huit, soit 75% des DS interrogés), il n'y a pas de prise d'appui sur une politique institutionnelle prédéterminée en rapport avec le domaine des compétences. Un interviewé nous précise qu'il s'agit la plupart du temps « d'un travail souvent routinier lié à la logique de l'application de la note ».
- Participer au *choix des formations* proposées dans le Plan de formation. Celui ci est perçu comme externalisé et le DS est peu impliqué dans sa réalisation.

« *Je fais des propositions mais mon pouvoir de décision dans l'attribution et la distribution des formations est limité. C'est la commission de formation qui donne l'avis final.* »

Les choix que les DS font, dans le listing des formations, sont légitimés en fonction des avis des cadres supérieurs, du nombre des demandes émanant des cadres et enfin en fonction des représentations qu'ils ont eux-mêmes des besoins des cadres, mais non en rapport avec des résultats objectifs obtenus soit à partir des outils de compétences ou soit à partir des projets de service.

- Un seul DS a évoqué la gestion des compétences des cadres dans son *projet de soins* en insistant sur le développement des missions des cadres à travers un profil de poste structuré et à partir d'un référentiel de compétences ajusté. Celui ci donne la possibilité aux cadres de se projeter dans un parcours professionnel motivant et dynamique en choisissant de développer leurs compétences.
- Un DS a évoqué *le projet social* pour le développement des compétences des cadres et son intervention visait les conditions de travail des cadres (horaires, reconnaissance et soutien par l'encadrement supérieur, accès libre aux formations).

ANALYSE :

En conclusion, les DS se situent bien dans le **court terme** et très peu de projets sont évoqués en rapport direct avec les compétences des cadres évaluées et issues des résultats donnés par les outils de gestion.

Aucun autre élément, projet ou démarche qualité, n'a été cité comme outils « **d'aide à la décision** » dans l'appréciation des compétences des cadres.

- Le risque d'erreur lié à « l'incompétence » et ou « aux glissements de tâches » du fait d'une incertitude de précision des compétences est bien souvent nié. Beaucoup d'interviewés nous disent qu'ils ne se trompent pas ou du moins pas plus qu'en utilisant des outils de rationalisation. Cet aspect de « la prévention du risque » de l'incompétence pourtant important dans la gestion des compétences n'a pratiquement pas été abordé dans les entretiens. Cela nous surprend et nous amène à faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une certaine négation inconsciente du problème lié à un biais de l'entretien (biais d'interprétation et de représentation de l'interviewer) et donc à une réticence à révéler les faiblesses de l'établissement au DS que nous sommes susceptibles de représenter.
- A travers toutes les actions que les DS ont citées, force est de constater que la capacité des DS à **anticiper** l'avenir des cadres au-delà de trois ans, en terme d'appréciation et de développement des compétences, est faible. L'année N et N+1 sont envisagées mais rien n'est fait au-delà.
Cela nous semble manquer dans l'élaboration d'un projet de soins devant être intégré au projet d'établissement. Celui-ci nécessite parfois des engagements voire des financements à moyen et long terme qui justifient une plus grande anticipation.
Par ailleurs sur le plan relationnel et partenarial, nous constatons que la participation des DS et leurs liens avec leurs homologues en instituts de formation sont, dans l'ensemble, inexistantes. Cette situation est regrettable car elle pourrait être source de complémentarité et d'enrichissement d'une certaine réflexion sur l'évolution de la profession de cadre et en particulier dans le domaine des compétences. Ces liens pourraient favoriser l'émergence de projets d'actions.
- Enfin leur implication dans le plan de formation reste peu significative et non en rapport avec l'émergence de projets de service identifiés. Les demandes de formation sont encore mal cernées et peu ciblées sur des résultats attendus en terme de compétences.

Compte tenu des résultats insuffisants obtenus dans la pratique objective de la gestion des compétences des cadres, les DS ne peuvent avoir de visibilité à moyen et long terme sur l'ensemble des compétences des cadres de leur établissement. Il est impossible pour eux de se projeter dans l'avenir de cette profession et de déterminer les besoins à venir. Ceux-ci émergent le plus souvent à la suite des projets médicaux ou des évolutions technologiques mais ne sont pas en rapport direct avec les compétences des catégories cadres concernées. N'ayant pas non plus constitué de « portefeuilles de compétences »

au niveau des équipes de cadres, les possibilités sont faibles de faire évoluer les compétences collectives à travers une dynamique managériale et vers des projets innovants.

3.3 Synthèse et réponse à l'hypothèse

Notre étude nécessiterait d'être étendue à un plus grand nombre d'interviewés pour faire l'objet de résultats plus représentatifs et nous sommes conscients que notre approche est réductrice pour en tirer des affirmations sur un plan général. Cependant les résultats de P. LEMASCON³⁸ dans son étude sur l'utilisation des outils de gestion des ressources humaines corroborent les nôtres. Si les outils de gestion classiques de la GRH, outils quantitatifs (tableau des emplois, tableau des effectifs, tableau d'absentéisme, taux de remplacement...etc.) sont déjà insuffisamment utilisés par les DS, résultats prouvés dans son étude, alors ceux concernant la gestion des compétences, outils qualitatifs, détiennent un certain record de désintérêt ! Peut-on en déduire que la « qualité » n'est pas une démarche prioritaire et qu'elle arrive en second après les approches quantitatives? Cela nous semblerait logique. Dans ce cas, nous ne manquerons pas d'être attentif aux préalables, en terme de moyens financiers, devant accompagner toute démarche de qualité et en particulier les procédures d'accréditation qui mettent l'accent sur les managements et les compétences requises dans chaque domaine d'activités. Il s'agit là d'un axe essentiel de notre politique de santé aujourd'hui.

En conséquence et suite à ces résultats décevants sur la gestion objective des compétences des cadres par les DS (et les DRH) dans les établissements hospitaliers, nous considérerons que **notre hypothèse de départ est en partie invalidée.**

- Dans la première partie de l'hypothèse, nous précisons que la réponse est négative du fait du terme de l'hypothèse : « appréciation objective ». Cela signifie que s'il existe cependant une appréciation des compétences des cadres par les DS, celle-ci n'est pas objective au sens où nous l'avons définie.
- Dans la seconde partie de l'hypothèse, concernant la contribution à une politique de gestion des ressources humaines performante et adaptée aux besoins du terrain, notre réponse est plus nuancée et partielle. Les DS répondent aux besoins du terrain mais nous pensons que leurs actions sont adaptées au court terme, mais non au moyen et long terme. Il n'y a pas d'anticipation suffisante

³⁸ LEMASCON.P « *L'utilité des tableaux de bord pour la gestion des ressources humaines : outils de pilotage de la direction des soins* » Mémoire ENSP 2002.

pour la mise en place de projets ni de visibilité sur le développement des compétences des cadres pour mieux préparer et envisager l'avenir.

Par ailleurs sur la question de la « performance », nous pensons que les actions mises en œuvre par les DS, quelque soit leur terme, pourraient être optimisées par l'utilisation des outils de gestion des compétences. (Ceci se vérifiera dans nos propositions d'actions).

En ce qui concerne « le rejet » des outils de gestion des compétences, les conclusions de l'étude plaident pour les arguments suivants :

- Le manque d'implication des directions (équipe de direction prise au sens large et intégrant le DS) dans la mise en place d'une politique orientée sur le développement d'une véritable «culture de la compétence» qui semble peu adaptée au secteur public. Elle est par ailleurs coûteuse, et s'inscrit dans le long terme. Actuellement trop peu d'établissements ne sont véritablement capables d'investir dans un domaine qui n'a pas fait réellement ses preuves et dont les priorités sont ailleurs (priorités économiques en particulier). En outre les formations représentent un budget considérable que l'on cherche à optimiser.
- Les outils sont imprécis et bien souvent mal définis (profils de poste et fiches de poste sont confuses, référentiels d'activités et référentiels de compétences sont confondus, les portefeuilles de compétences sont pratiquement inconnus.)
- Les outils sont lourds à mettre en place (nécessité de former les cadres) et peu opérationnels. Ils se surajoutent aux autres outils déjà en place dans les établissements. Au final, les directions d'établissement pensent que le « coût / bénéfice » n'est pas rentable dans un avenir proche.

Qu'ajouter de plus sinon que nous serions tenter de conclure en remettant en question l'instrumentation et les outils de rationalisation dans le domaine de l'appréciation des compétences ?

Il n'en est rien et ce travail n'a fait qu'enrichir notre réflexion et nous préparer à notre avenir professionnel en tant que futur directeur des soins. Tous les outils, quelqu'ils soient, ont alimenté de vifs débats sur leur utilité, leur rationalité parfois vécue comme aliénante et en opposition à des logiques humaines. Néanmoins, cette période préalable de rejet surmontée, des outils rationnels, utiles car affinés et retravaillés afin d'être opérationnels, peuvent trouver leur place dans les établissements sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'un engagement de la direction, qu'ils aient été choisis en concertation avec les acteurs concernés, et qu'ils aient fait l'objet d'une stratégie visant une meilleure

connaissance des bénéfices qu'ils peuvent apporter et leur appropriation pour tous. Nous développerons cet aspect dans nos propositions d'actions.

Ce travail de recherche nous aura enfin permis de débattre sur ces résultats en les présentant à quelques professionnels. Ainsi nous avons pu rencontrer cinq interlocuteurs de plus : deux directeurs d'établissements dont l'un chargé de mission à la DHOS, un directeur des soins et un enseignant de l'ENSP, avec lesquels nous avons pu approfondir la question et appréhender plus facilement notre projet professionnel. Les deux directeurs d'établissement avaient fait l'expérience de la mise en place d'une gestion des compétences dans leur établissement et considéraient cette démarche comme réussie. Les apports de tous ces interlocuteurs nous ont encouragée à persister dans notre conviction et ont été d'une aide précieuse pour l'élaboration de nos propositions d'action que nous vous présentons dans la partie suivante.

4 QUATRIEME PARTIE : PROPOSITIONS D' ACTIONS

4.1 Pourquoi promouvoir une gestion des compétences ?

L'approche théorique autant que l'étude de terrain nous permettent de mettre en évidence à la fois les points faibles et les points forts de la gestion des compétences. Le futur DS que nous sommes, tiendra compte de l'ensemble des résultats, des témoignages apportés dans ce domaine, et des expériences menées depuis quelques années pour orienter sa réflexion et construire ses propositions d'actions.

Ainsi notre positionnement dans la gestion des compétences s'appuiera et s'argumentera avant tout sur les éléments suivants, liés au contexte hospitalier actuellement orienté vers de profonds changements.

- sur le plan économique, l'arrivée de nouveaux modes de financement (tels la TAA) bouleverse le fonctionnement actuel et exige la qualité et la sécurité dans les pratiques professionnelles pour une meilleure prise en charge du patient et ce, dans un contexte de *plus grande rationalisation*.
- sur le plan social de nouveaux facteurs bouleversent les manières de pensée :
 - **Les modes managériaux** évoluent impliquant un déplacement du pouvoir. Pour Friedberg.E³⁹ « une vision hiérarchisée simple a cédé la place à une vision plus négociatrice qui préconise mieux l'existence de plusieurs rationalités et la nécessité de mobiliser les apports des uns et des autres pour organiser leur convergence et leur coordination ». Cette idée est importante car elle précise que plusieurs logiques peuvent coexister afin de répondre aux contraintes actuelles et qu'il faut les rapprocher et les coordonner. Notre contribution s'inscrira dans ce type de logique.
 - **Les méthodes de travail** changent : Les médecins hospitaliers sont obligés d'associer de plus en plus des compétences non médicales dans leurs schémas d'action pour prendre en compte les attentes des usagers. Les professions paramédicales évoluent et intègrent de nouvelles compétences. Ces changements obligent à un travail en complémentarité avec tous les acteurs hospitaliers en synergie avec les compétences de chacun, et exigent un travail de précision sur l'identification de ces compétences diversifiées.

³⁹ FRIEDBERG.E « Le pouvoir et la règle » Paris. Editions du Seuil. 1993

- **Les départs à la retraite** en masse entraînent une perte lourde du capital de compétences, acquis et forgé au fil des années. Celui ci sera long à reconstruire et exige que l'on s'en préoccupe dès aujourd'hui par une anticipation efficace.

Ainsi au regard de ce contexte, nous pensons que la mise en place d'une gestion des compétences de l'ensemble des catégories de personnel et en particulier des cadres, s'impose à tous les établissements. Nous pensons que la «gestion des compétences » devrait être considéré au même titre que la «gestion d'un risque » et nécessite un système de vigilance et de mise en place similaire. A défaut de cette considération, notre contribution sera plus modeste et tentera de proposer des actions adaptées à plusieurs niveaux et réalisables avec des moyens raisonnables.

Nous pensons aussi que la gestion des compétences ne s'entend pas seulement sur le long terme mais peut se vivre aussi dans le court terme, à faibles investissements, et apporter rapidement des bénéfices qualitatifs importants dans les actions des professionnels. Nous essaierons d'aborder ainsi tous les champs qu'elle peut recouvrir en donnant quelques exemples concrets, en citant les écueils à éviter et en mettant en valeur les facteurs de sa réussite.

4.2 Les préalables indispensables

4.2.1 Le partenariat DRH /DS et le positionnement du DS.

Les DRH et DS ont mis l'accent sur la nécessité de la complémentarité entre les deux directions et un partage clair des responsabilités. Ainsi dès notre prise de fonction nous envisagerons la démarche suivante :

- Repérer les modes de communication : Ceci est une priorité dans la prise de fonction. Les rencontres sont essentielles, d'une part avec les membres de la direction, pour se présenter, mais aussi pour comprendre leur mode de relation et la place qu'ils réservent au DS, et d'autre part, avec l'encadrement, les chefs de service et les partenaires sociaux. L'étude de l'organigramme signifie clairement la place de chacun.
- Recenser les méthodes de travail (et les outils utilisés) : L'appropriation des méthodes de travail et des outils utilisés dans l'établissement, permet de comprendre les modes de fonctionnement et les raisonnements qui les sous tendent. Nous distinguerons les outils qui relèvent d'une gestion quantitative (tableaux de bord) et les outils qui relèvent d'une gestion qualitative et plus particulièrement de celle des compétences. Si les référentiels de métiers, les fiches de poste, les profils de poste ne sont pas clairement établis ou incomplets,

il nous restera une grande marge de manœuvre pour y réfléchir, faire le point de l'existant et présenter une proposition de mise en place.

- Etablir concrètement les éléments du partage : Le projet d'établissement donne des orientations prises en matière de GRH et à travers le projet social. Nous souhaitons entrevoir avec le DRH notre collaboration dans ces projets, nos méthodes de management des cadres, la circulation de l'information...et nous poserons les bases d'un fonctionnement loyal en partenariat. Nous sommes persuadés que l'entente sur la politique et le choix des outils de gestion amène à éclaircir les positions de chacun. Bien entendu le partage des responsabilités ne s'entend pas seulement au travers d'un listing d'activités pour les uns et pour les autres mais surtout sur un plan qualitatif de la relation. Il est important de souligner la nécessaire cohérence des décisions à travers la participation de chacun, le soutien dans les conséquences de la prise de décision, lesquels permettent l'harmonisation des positions.

4.2.2 L'engagement fort de la direction dans une gestion des compétences

Au niveau stratégique, la direction est chargée de « **définir la politique** » de gestion des compétences, de **choisir et valider** les orientations managériales et la mise en place des outils. La gestion des compétences, comme nous l'avons vue, représente un « véritable changement culturel ». Celui-ci devra tenir compte des résistances naturelles et se traiter comme « une conduite de changement ». L'adhésion de tous à ce changement paraît nécessaire et passe par l'engagement de la direction dans trois domaines : l'information, la formation, le financement.

- L'information sera développée de la direction vers les professionnels de terrain. Les outils choisis et retenus seront présentés et discutés au cours de réunions des différentes catégories professionnelles, les centres de formation, les partenaires sociaux et les instances : CA ; CME ; CTE ; CSSI.
- La formation est un facteur essentiel de réussite du projet car elle permet d'acquérir les connaissances nécessaires et de comprendre l'intérêt et le sens des outils. Celle-ci s'adressera en premier lieu aux cadres. L'objectif de la formation n'est pas tant de transformer le personnel en expert de la question des compétences mais davantage de leur permettre d'acquérir un autre regard sur ce domaine. La direction devra marquer une priorité pour cette formation dans le Plan de formation et demander un calendrier échelonnant les départs en formation pour chaque année et ce, pour plusieurs années afin que tous soient peu à peu formés.
- Le financement nécessite, outre celui de la formation, des moyens matériels humains qui devront être évalués et qui peuvent faire l'objet de contrat externe

ou interne, par exemple dans le cadre de la procédure d'accréditation. Enfin il faudra prévoir la mise à disposition de moyens informatiques et d'édition.

4.3 Du projet institutionnel au projet de soins

Notre rôle en tant que DS est de **garantir la cohérence et la mise en œuvre de cette politique**. Le DS pilote la GRH du secteur soins et conduira le développement du projet selon une méthodologie appropriée et assurera son évaluation et son contrôle. Avant de partir sur ce projet, nous précisons qu'il est important que le DS soit positionné depuis quelques temps dans l'établissement et connaisse ses priorités. Son action sera adaptée et différente selon qu'il se situe dans un CH de petite taille où dans un CHU restructuré en pôles. Ceci étant, en tout premier lieu, il clarifiera les missions de son encadrement (supérieur et de proximité) en fonction de la situation existant dans l'établissement.

Nous proposons un projet qui nous semble adaptable dans toute structure et réalisable sur le plan des moyens. Nous travaillerons en premier lieu sur la gestion des compétences « des cadres » car il nous semble stratégique de commencer par une catégorie professionnelle que nous connaissons bien et qui représente le pivot du changement. Par ailleurs, pour réussir le projet, il nous faut limiter notre travail. Ensuite, après évaluation, il est souhaitable d'étendre la démarche à toutes les catégories.

4.3.1 La conduite du projet : « La mise en place d'une gestion des compétences des cadres »

Le plan de ce projet vous est présenté en annexe 3 de ce document.

- Tout d'abord nous constituerons un **comité de pilotage** ; celui-ci aura la particularité d'associer le DRH, le DS, le Président de la CME, mais aussi un DS d'IFCS et (ou) d'un DS d'IFSI. Il nous semble d'emblée important de situer aussi la gestion des compétences des cadres au niveau des instituts de formation et d'impulser ainsi **un partenariat** et un **réseau de relations** entre les terrains de soins et les écoles. Les outils seront présentés, discutés puis validés faisant apparaître des **références communes** pour tous.

Dans ce comité de pilotage, se construit déjà un niveau de décision dite « décision en réseau » mettant en œuvre l'exercice d'une « **compétence collective** » des acteurs. Ce travail collectif conduit à un apport de cohérence et de **sens** autour de ces références communes, et facilite le management du « groupe projet ». Cette phase nous semble importante à réussir car elle met en jeu les mentalités, les références culturelles de chacun, et sera déterminante dans l'évolution du projet.

- Nous créerons ensuite un **groupe opérationnel « Projet »** constitué des deux DS du comité de pilotage et de deux cadres supérieurs (si possible un du secteur des soins, un de l'IFCS ou de l'IFSI) lesquels seront **chefs de projet**. Ceux-ci travailleront **en mission transversale** pour une partie de leur temps (nous pensons négocier un 50% pour chacun d'eux). Ils travailleront en équipe pour développer leurs compétences collectives. Leurs missions et activités seront définies grâce à une **fiche de poste** que nous avons élaborée et que nous vous présentons en annexe 2. Ces chefs de projet animeront des groupes de travail et des rencontres avec les professionnels (cadres et cadres supérieurs). Leurs activités seront variées allant du recensement des outils existants, au recueil d'informations et à l'élaboration d'outils adaptés : création de fiches de postes, de profils de postes, révision du contenu du dossier d'entretien d'évaluation, constitution d'un portefeuille de compétences, et, par la suite, ces travaux devront aboutir à l'élaboration de référentiels d'activités et de compétences.

En tant que directeur des soins, responsable du dispositif, nous soutiendrons ces travaux et coordonnerons les activités ; nous effectuerons des rencontres fréquentes pour faire le point, et apporterons une aide méthodologique ou managériale. Nous développerons une politique « de petits pas » et proposerons de commencer par la mise en place des outils les plus simples : les fiches de poste par exemple (en insistant sur une construction bien faite, une présentation claire et opérationnelle). Ensuite nous progresserons par les profils de poste en nous inspirant des travaux effectués par l'Observatoire national des emplois et des métiers de la santé et notamment des fiches de description des métiers. Nous ajusterons nos fiches de poste aux profils de poste de manière à ce que les missions décrites ne soient pas en contradiction. Ce travail de fond et de cohérence permet aux agents de progresser petit à petit et de s'approprier cette « culture de la compétence ». Notre rôle dans la communication sera prépondérant pour la progression et la réussite de ce projet.

- La troisième phase consistera à mettre en place ces outils dans les services. Pour cela nous préconisons la mise en place de « **services pilotes** » avant une généralisation à l'ensemble de l'hôpital. Par ailleurs, nous ciblerons les services dans lesquels les cadres auront suivi la formation sur les outils de compétence. Cette formation, négociée avec la DRH, privilégiera la formation par référentiel en prenant appui sur les compétences du métier et le développement des compétences pédagogiques de l'encadrement. Les chefs de projets seront des référents et apporteront une aide pédagogique et technique pour la mise en place de ces outils.

- Le DS procédera enfin à une évaluation des résultats à travers les synthèses qui remonteront des terrains par les cadres et cadres supérieurs ainsi que les référents et effectuera les ajustements nécessaires. Il en tiendra informé le comité de pilotage.

Il élaborera son rapport d'activité annuel en présentant l'état d'avancement du projet, les propositions qui en découlent et l'évolution à venir pour les cadres. Il pourra construire son **projet de soins** en intégrant ces résultats et, en fonction des observations, il apportera sa contribution au **projet social**.

4.3.2 La transformation progressive des modes de management.

Par la mise en place d'une « gestion des compétences des cadres » dans les services, à travers ce type de projet, nous pensons aussi pouvoir transformer et faire évoluer petit à petit les pratiques managériales. La gestion des compétences impose que l'on s'interroge soi-même sur ses propres compétences et les possibilités de leur développement, sur ses capacités à travailler en groupe. Ceci change les relations entre les cadres et favorise l'émergence d'un esprit de corps. Au fil du temps, l'appropriation des outils par les agents, liée au bénéfice de la formation, fait émerger un changement de mentalité, et par là même, une « culture de la compétence » qui prend place dans les esprits. En effet, les référentiels des cadres étant les mêmes quelque soit leur niveau dans la structure (cadre de niveau N ou N+1), ceux-ci s'approprient **des références communes** qui leur permettent de se fédérer davantage aux projets de service en clarifiant mieux par la suite le rôle de chacun. Ainsi les relations et la communication entre les acteurs changent et deviennent beaucoup moins hiérarchiques. Le management vertical s'harmonise mieux avec le management horizontal grâce à davantage de complémentarité. Le DS que nous sommes, mettra l'accent tout particulièrement sur la **relation pédagogique** qui doit impérativement exister au niveau des cadres supérieurs vis-à-vis des cadres de proximité ; Les cadres supérieurs, en devenant des conseillers et des aides dans la réalisation des projets professionnels de cadres de proximité, évoluent également dans leurs propres compétences. L'importance de ce management interactif et réflexif en permanence, transforme les relations.

Enfin les cadres supérieurs devront mettre dans leur rapport d'activités, la synthèse et les résultats de la gestion des compétences de l'ensemble des équipes dont ils ont la charge. Ils devront élaborer une réflexion à partir de cette appréciation générale des compétences des cadres et faire émerger des propositions opérationnelles en terme de formation continue mais aussi dans d'autres actions relevant de leurs compétences.

D'une manière naturelle, la gestion par les compétences amènera une remise en cause des pratiques managériales à tous les niveaux. Celle-ci portera rapidement ses fruits (d'ici un à deux ans environ selon l'état des lieux de départ) dans les actions de gestion

du court terme par exemple : le recrutement, la mobilité interne etc, nous parlerons alors d'actions d' « *adaptation des compétences* », et dans des actions à moyen terme comme par exemple l'utilisation de la formation, nous parlerons alors d'actions de « développement des compétences ». La gestion par les compétences des cadres transformera aussi le regard sur certains postes et participera de la valorisation de la profession de cadre de santé.

4.3.3 Une gestion à court terme : « Adaptation des Compétences. »

Comme nous venons de le voir, les bénéfices de la gestion par les compétences sont intéressants et se manifesteront rapidement dans de nombreux domaines. Nous en citerons quelques exemples.

- **La gestion de la mobilité interne** sera améliorée au fur et à mesure de l'utilisation des outils de gestion des compétences. Grâce à l'appréciation des compétences, mettre la bonne personne au bon endroit relèvera d'une démarche objective qui facilitera le transfert des compétences et le développement de la personne. Davantage centrée sur les *compétences requises* pour un poste et plus seulement sur une négociation interpersonnelle, la mobilité interne développe la performance au terrain et participe à la réduction des écarts entre *compétences acquises et compétences requises*.
- **La gestion des situations d'incompétence** : Le DS et les cadres supérieurs pourront gérer et résoudre plus objectivement *une situation de défaillance de compétences* (couramment appelé situation d'incompétence) et faire des propositions de poste adaptées en permettant à l'agent de se **réinvestir**. Inversement, l'appréciation des compétences d'un cadre (hyper-compétent) permet d'envisager plus facilement son potentiel de réussite sur l'affectation d'un poste plus ou moins difficile en répondant à ses aspirations et en lui permettant de s'investir.

Dans tous ces deux cas et dans la gestion de la mobilité interne, nous utiliserons comme aide à la décision, la fiche de poste mais surtout le **dossier d'entretien d'évaluation** qui aura été modernisé, faisant apparaître, année par année, **les ressources** de la personne, ses **compétences**, ses **résultats**, ses expériences réussies et les domaines dans lesquels ils s'est impliqué.

- **La gestion du « risque d'incompétence »** (le glissement de tâche). La gestion par les compétences, par l'élaboration des **fiches de postes croisées** avec les **définitions de fonctions**, permet à l'agent de se situer lui-même dans l'exercice

de ses fonctions. Le cadre est responsabilisé aussi dans le contrôle de ses agents et peut facilement **objectiver un glissement de tâches** et mettre en place des **mesures correctives**.

➤ **La procédure de recrutement externe des cadres**

Pour être efficace, **objectif**, sans utiliser les référentiels de compétences très lourds ou éviter de faire faire un bilan de compétences au candidat, nous préconisons la démarche suivante :

Préparer toujours l'entretien à l'avance et réunir tous les éléments nécessaires.

La connaissance du profil de poste et de la fiche de poste nous permet, avant l'entretien, de noter rapidement les **compétences requises** que nous attendons au cours de l'entretien. Nous les classerons dans les trois domaines de référence que nous connaissons à savoir :

- **les ressources** (identifier les savoirs, théoriques et pratiques)
- **les capacités d'action** (les activités que l'on identifie)
- **les performances attendues**

Lors de l'entretien, dans une première partie, nous demanderons au candidat de se présenter sur le plan personnel et professionnel et nous tenterons au cours de son exposé d'identifier les compétences qui correspondent à celles que l'on cherche. Si besoin nous poserons quelques questions précises sur ses « savoirs », ses « capacités d'action » qu'il aura évoqués dans un projet ou une expérience, et sur la méthodologie qu'il aura employée. Plus les questions seront précises, mieux nous pourrions mesurer objectivement la sincérité du candidat. Il s'agit là de se situer dans **une logique de probabilité**.

Pour compléter cet exposé nous aborderons avec le candidat quelques questions visant à explorer ses « **compétences relationnelles** » (celles que nous avons citées dans notre cadre conceptuel) : ses points forts et faibles, ses attentes, ses souhaits et la notion de rôle professionnel attendu.

Dans une seconde partie nous aborderons la présentation du poste et ses objectifs, la mission des cadres dans l'établissement et les fonctionnements institutionnels. Nous apprécierons la qualité de ses réponses et sa capacité à se projeter.

L'entretien doit être bien structuré (une fiche peut formaliser cette démarche), et ne doit pas excéder 45 minutes. Les résultats seront écrits et consignés dans le dossier avec un avis donné. Nous pensons qu'il est nécessaire de faire faire au candidat un double entretien par un cadre supérieur et ou le DRH si nécessaire pour comparer les résultats et faciliter la prise de décision.

4.3.4 Une gestion à moyen terme : « Développement des Compétences. »

Le développement des compétences des cadres, comme nous l'avons vu dans notre étude, s'entend sur le moyen et long terme. Ainsi les actions se situant de l'année N+1 à N5 sont considérées dans le moyen terme, et celles se situant au-delà de N5, sont considérées dans le long terme. C'est dans ce cadre que nos actions se situent au cœur de la GPEC et font l'objet d'une anticipation.

A notre connaissance il y a très peu d'actions qui envisagent un terme supérieur à N+5. En revanche il est facile d'envisager **le moyen terme** (entre N+1 et N5)

Nous savons que la démographie des cadres va diminuer fortement dans les années à venir et qu'il faut un minimum de trois ans pour former un cadre en interne (deux années en moyenne de préparation au concours, une année de scolarité). Ces exigences nous obligent à nous pencher dès maintenant sur la recherche des *potentiels* et sur la mise en place d'un projet d'aide et d'accompagnement des « faisant fonction » de cadres.

- **La gestion des « faisant fonction » de cadres**: Si la confrontation aux situations professionnelles permet au futur candidat de préciser son projet, cette mise en situation conduit à mettre en place un projet d'accompagnement pour garantir sa réussite et le développement des *compétences requises*. Nous préconisons la mise en place d'un « **tutorat** » en partenariat avec l'IFCS. Celui-ci sera formalisé et précisera les axes suivants :

- **Le tuteur** : sa mission, son profil et son positionnement font l'objet d'une fiche de poste. Celui-ci est un cadre de santé confirmé. Son rôle est de créer une relation de confiance interactive afin d'accompagner le futur cadre sur le plan pédagogique, méthodologique et technique.

- **L'instrumentation** : **Le guide d'intégration**. Il a pour but d'informer le « faisant fonction » afin de lui permettre de mieux se situer dans le contexte institutionnel.

Le livret de parcours : à partir des acquis, des attentes et des besoins du « faisant fonction », le livret de parcours cible les capacités à développer et doit, au regard du projet professionnel, favoriser une progression des apprentissages et une évolution professionnelle.

Le support d'évaluation : il permet de mettre en évidence la progression du « faisant-fonction » et d'évaluer l'atteinte des objectifs et le niveau des *compétences acquises*.

En liant la théorie et la pratique, ce projet en partenariat avec le DS du secteur soins et le DS de l'IFCS, permet de favoriser les relations entre les deux secteurs et participe à un certain décloisonnement. Une réflexion, partagée entre les DS,

les cadres formateurs et les cadres tuteurs, peut être menée à partir de ce projet. Elle met alors l'accent sur le développement des compétences des cadres et clarifie celles qui sont du ressort de la formation initiale et celles qui sont à faire évoluer dans les secteurs de soins. Cet échange est extrêmement riche et intéressant. Ce projet, que nous avons retenu, est en place depuis cinq ans au CHU de N. et est considéré comme une réussite.

➤ **La formation continue :**

Si la compétence émerge dans les situations de travail, elle est aussi alimentée par l'action réflexive des apports de la formation. Celle-ci permet au projet de développement des compétences de rester dynamique et pérenne dans le temps. Plus que jamais, la formation en cours de vie active, apparaît comme « l'investissement le plus utile et le plus productif⁴⁰ » pour maintenir et développer les compétences des agents dans les entreprises.

Il importe donc que le DS, attentif d'une part aux évolutions et aux changements survenants dans l'entreprise, et, d'autre part, aux attentes de ses cadres, considère la formation comme un ensemble de ressources dont il peut se servir et disposer en fonction des résultats de ses décisions. Or, pour arriver à ce fonctionnement, la formation continue doit changer.

▪ ***La formation qui change et fait changer :***

La formation continue, à condition que ses propres modalités de mise en œuvre et sa définition fassent l'objet d'une large révision, peut-être l'instrument privilégié des changements que l'entreprise va vivre. Elle peut être créatrice et devenir le point nodal d'un nouveau mode d'organisation si elle est, elle-même, intégrée à la stratégie et au fonctionnement de l'entreprise. D'une obligation à dépenser et distribuer des actions de formation, souvent calquées sur le modèle scolaire (tant la logique du stage présente dans la Loi du 11 juillet 1971 pose la formation comme extérieure au monde de l'entreprise), la formation professionnelle continue doit désormais être placée au centre de la recomposition du travail et au cœur de la *GPEC*. ***Toute transformation repose alors sur la mobilisation active de cette ressource.*** Ainsi la formation ne détient plus le monopole de la production des actions de formation. C'est une ressource mobilisable et une prestation régulière au service de l'entreprise. Le service formation n'est plus

⁴⁰ PODEVIN.G. « Nouvelles compétences et réorganisation du travail » Editions d'organisation, pp149 à 159.

alors appelé qu'à jouer un **rôle de conseil**. Les responsables hiérarchiques, les directions et les cadres en particulier seront ainsi davantage impliqués dans la définition du Plan de formation, comme dans la conduite des actions de formation.

- **Centralisation / décentralisation de la formation**

Il ne peut y avoir de Plan de formation réussi sans étroite connexion avec la politique globale de gestion des RH et l'expression des besoins des services et il convient de situer la démarche formative dans une logique participative et de responsabilités partagées. La formation continue sera d'autant mieux intégrée dans la stratégie d'entreprise que sa prise en charge sera largement diffusée. Il s'agit donc d'un double mouvement de centralisation /décentralisation lequel est régulé au même titre que toutes les autres ressources.

CONCLUSION

Cette étude a été pour nous l'occasion d'approfondir notre questionnement sur la gestion des compétences au sein de la GRH, et en particulier celle concernant les cadres de santé. Cette réflexion nous a permis de préparer notre prise de fonction et de clarifier le *sens* que nous souhaitons donner aux actions que nous mettrons en place.

Nous avons acquis la certitude que la gestion des compétences, si elle est liée à un engagement fort de la direction et une démarche stratégique et managériale de qualité, peut être d'une grande utilité dans les établissements de santé aujourd'hui. A l'heure où l'hôpital doit s'engager dans une procédure d'accréditation, la mise en place d'une gestion des compétences ne peut que contribuer à l'évolution de la gestion de la qualité et des pratiques professionnelles.

Nous retiendrons de cette étude des valeurs fortes qui guideront nos actions :

- *Le travail en collaboration et ou en partenariat avec les acteurs* : Cette méthode managériale est la seule qui permette de développer les compétences collectives, elles mêmes favorisant le développement des compétences individuelles. Il s'agit d'entretenir en harmonie un flux permanent entre l'individuel et le collectif. Cette démarche est source de SENS au travail, une valeur importante à nos yeux.
- *L'approche des compétences transforme les managements* et permet un pilotage juste et équitable des ressources humaines. L'essentiel pour nous aujourd'hui est de fédérer les hommes autour des projets de l'établissement tout en leur permettant de développer et poursuivre leur parcours professionnel de manière satisfaisante. Cette démarche tente en permanence de trouver une harmonie entre les hommes et l'institution, et guide nos actions. Elle nous permet ainsi d'envisager l'avenir et de nous projeter dans le long terme.

« Le mouvement et les projets fondent notre existence. »⁴¹

⁴¹ SARTRE JP « L'existentialisme est un humanisme » Editons Gallimard, Folio Essais, N°284, 108 pages

Notre politique d'action, à travers la gestion des compétences des cadres de santé retiendra ces trois notions fortes sur l'organisation de demain

- *une organisation formatrice*
- *une organisation qualifiante*
- *une organisation apprenante.*

Il nous semble que ces valeurs de l'organisation permettront aux professionnels, anciens et nouveaux, d'être *compétents* demain.

Bibliographie

OUVRAGES

- ✚ **BOUFFARTIGUE P. et GADEA C.** « *Sociologie des cadres* » La Découverte, coll. « Repères », 2000
- ✚ **DEJOURS C.** « *Le Facteur Humain* » PUF, 1995, 127p
- ✚ **FALCOZ C.** « *Bonjour les Managers, Adieu les Cadres* » Editions d'organisation, 2002.
- ✚ **FRIEDBERG.E** « *Le pouvoir et la règle* » Paris, Editions du Seuil, 1993.
- ✚ **HART J. et MUCCHIELLI A.** « *Soigner l'Hôpital : Diagnostics de crise et traitements de choc* », Editions Lamarre, Septembre 2002, 166 pages
- ✚ **KAUFMANN JP** « *La trame conjugale : analyse du couple par son linge* » Nathan, 1992, 147 pages.
- ✚ **LE BOTERF G.** « *De la compétence : essai sur un attracteur étrange* » Editions d'organisations, Paris, 1994, 175 pages
- ✚ **LE BOTERF G.** « *L'ingénierie et l'évaluation de la formation* » Editions d'organisations, Paris, 1993, 172 pages
- ✚ **LE BOTERF G.** « *De la compétence à la navigation professionnelle* » Editions d'organisations, Paris, 1998, 294 pages
- ✚ **LEVY LEBOYER C.** « *La gestion des compétences* » Editions d'organisations, 1996.
- ✚ **MINTZBERG H.** « *Structure et dynamique des organisations.* » Editions d'organisations Paris, 1982, 274 pages
- ✚ **PAUCHANT. TH** « *La Quête du Sens* » Editions d'organisations. 1999, 359 pag RUES
- ✚ **RUES JP** « *Les cadres en France* », PUF, Coll. « Que sais-je ? » 1999
- ✚ **ZARIFIAN PH** « *Le modèle de la compétence* » Editions Liaisons. 2001. 114 pages
- ✚ **ZARIFIAN PH.** « *Objectif compétence* » Editions Liaisons, 2001, pp. 65, 69, 71

MEMOIRES ET DOCUMENTS NON PUBLIES.

- ✚ **ANAES** « *Manuel d'Accréditation des établissements de santé* » Version 2 Novembre 2003, Direction de l'accréditation.
- ✚ **BARTHES R.** « *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* ». Chargé de mission à la DHOS, Document ENSP 2003
- ✚ **BEAUCHAMPS B.** « *Du malaise identitaire à la reconnaissance* » Mémoire ENSP, Novembre 2002.

- ✚ **LEMASCON.P** « *L'utilité des tableaux de bord pour la gestion des ressources humaines : outils de pilotage de la direction des soins* » Mémoire ENSP 2002.
- ✚ **TOURNE.C** « *Les modes de coopération au sein d'un comité stratégique : pour réussir le changement ?* » Mémoire ENSP, Octobre 1998.

REVUES

- ✚ **Revue les Acteurs** : « *La GPEC* » dossier réalisé par la DAGPB, N°67 juillet août 2002. pp 12 à 15
- ✚ **Revue CFDT-Cadres** : « *Carrière et identité. Les cadres face à la fin du modèle intégré.* » COUSIN.O, N° 404,2003
- ✚ **Revue Education Permanente** : « *Pour une écologie du concept compétence* » GILLET.P. N° 135. février 1998. p 28
- ✚ **Revue Education Permanente** : « *De la fabrication des compétences* » WITTORSKI .R. N° 135. février 1998. pp.57 à 69
- ✚ **Revue Education Permanente** : « *Sentiment d'efficacité et compétences : une approche sociale cognitive* » FRANCOIS PH. N°135. février 1998. pp.45 à 55
- ✚ **Revue Soins Cadres** : « *Evaluation des compétences et ses enjeux* » Batal C. N° 41 février 2002.
- ✚ **Revue Soins Cadres**: « *Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences* » TEULIER R. N° 41 février 2002. pp 23 à 26
- ✚ **Revue Soins Cadres** « *Pour en finir avec le savoir être* » PENSO-LATOUICHE. N°41 février 2002 pp 43 à 45
- ✚ **Revue Personnel** : « *Juger la performance ou l'individu : le dilemme de l'évaluation* » FALQUE L. N°437. Février 2003. pp 6 à 11
- ✚ **Revue Sciences Humaines** « *La métamorphose des cadres* » Enjeux, N°148 Avril, 2004, pp14 à 18.

TEXTES ET LOIS

- ✚ **Loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière
- ✚ **Ordonnance du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- ✚ **Décret N° 2002-550 et 551 du 19 avril 2002** portant statut particulier du corps de directeurs des soins
- ✚ **Décret N°1995-926 du 18 août 1995** portant création du diplôme de cadre de santé.
- ✚ **Décret N°2003-1269 du 23 décembre 2003** modifiant le décret N° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.
- ✚ **Décret N° 2001- 1376 du 31 décembre 2001** relatif au classement indiciaire des cadres de santé de la fonction publique hospitalière¹

- ✚ **Rapport d'étape- Octobre 2003** : BERLAND.Y « Le transfert de tâches et de compétences ». Ministère de la santé.

AUTRES SOURCES

- ✚ **www-e.rh.org** Le portail des ressources humaines
- ✚ **www.santé.gouv.fr** « l'Observatoire national des emplois et des métiers de la santé de la santé ». RAMSES, fiches métiers.
- ✚ **www.legifrance.gouv.fr** Textes de lois, rapports et décrets.

Liste des annexes

- **ANNEXE 1** : Grilles des entretiens : DRH ; DS et DSF.

- **ANNEXE 2** : Fiche de poste de cadre supérieur chargé de la gestion des compétences

- **ANNEXE 3** : Plan d'un Projet pour la mise en place d'une gestion des compétences

- **ANNEXE 4** : Exemple d'un référentiel de compétences
Réalisé pour un poste de cadre médico-technique avec les niveaux d'exigences chiffrés requis et les explications correspondantes pour chaque domaine de compétences. Il ne nous a pas été possible de publier l'ensemble du document compte tenu du nombre de pages mais ceci a pour but de servir d'exemple et de montrer la démarche.

ANNEXE 1

GRILLE D'ENTRETIEN à l'attention des DRH

Comment pourriez vous définir la gestion des ressources humaines et vos responsabilités dans ce domaine ?

Comment pourriez vous définir la GPEC ? Sa place dans votre établissement, ses fonctionnements, les domaines qui vous préoccupent principalement ?

Que représente pour vous le directeur des soins et quelle place lui accordez-vous ? Quels sont son rôle et ses responsabilités ? A-t-il un profil de poste ?

Un partenariat est-il établi entre vous et lui et comment est-il formalisé ? Quels sont les éléments qui fondent ce partenariat ?

Pouvez vous me dire ce que vous entendez par « compétence » et, en particulier, ce que représentent pour vous les compétences des cadres de santé ?

Comment concevez vous la gestion par les compétences ?
Avez-vous mis des outils en place dans ce domaine et si oui lesquels ?
Comment s'effectue l'évaluation des compétences ?

Pouvez vous me parler de la procédure de recrutement des cadres, de l'affectation et de la mobilité interne ?

Quels projets sont aujourd'hui développés dans votre établissement concernant le domaine du développement des compétences ? Quel est votre avis sur la formation continue ?

GRILLE D'ENTRETIEN à l'attention des DS et DSF

Cette grille a été adaptée pour les directeurs de soins exerçant en institut de formation mais conserve globalement les mêmes axes de développement.

Comment pourriez vous définir la gestion des ressources humaines et vos responsabilités dans ce domaine ?

Comment pourriez vous définir la GPEC ? Sa place dans votre établissement, ses fonctionnements, les domaines qui vous préoccupent principalement ?

Que représente pour vous le directeur des soins / (et en institut de formation,) et quelle place lui accordez-vous ?

Quel sont son rôle et ses responsabilités ? A-t-il un profil de poste ?

Un partenariat est-il établi entre vous et le DRH et comment est-il formalisé ? Quels sont les éléments qui fondent ce partenariat ? Comment se passe t-il dans la réalité quotidienne ?

Pouvez vous me dire ce que vous entendez par « compétence » et, en particulier, ce que représentent pour vous les compétences des cadres de santé ?

Comment concevez vous la gestion par les compétences ?

Avez-vous mis des outils en place dans ce domaine et si oui lesquels ? Qu'en pensez vous ?

Comment s'effectue l'évaluation des compétences des cadres ?

Pouvez vous me parler de la procédure de recrutement des cadres, de l'affectation et de la mobilité interne ?

Quels projets sont aujourd'hui développés dans votre établissement concernant le domaine du développement des compétences ? Quel est votre avis sur la formation initiale, continue ? Quelles évolutions envisageriez vous ?

Quelles sont vos principales craintes et attentes aujourd'hui ?

ANNEXE 2

FICHE DE POSTE

Cadre supérieur chargé de la gestion des compétences

MISSIONS

Placé sous l'autorité de la direction du service de soins infirmiers et de la direction de l'institut de formation des cadres de santé, dans le respect de la réglementation et suite aux décisions prise par le comité de pilotage, le cadre supérieur chargé de la gestion des compétences a pour mission de participer à des actions concourant au développement et à la mise en place des outils de la gestion des compétences dans l'établissement.

ACTIONS

Actions d'information, de formation, d'expertise et de conseil :

- Il recueille et traite l'information concernant la gestion des compétences et ses outils.
- Il recueille et analyse les supports et outils existant dans l'établissement et participe au diagnostic, à l'élaboration, la mise en place et l'évaluation des outils.
- Il anime un groupe de travail auprès des cadres afin de présenter l'utilisation des outils de compétence et participe à l'information des professionnels.
- Il apporte un soutien aux cadres dans la mise en place des outils.
- Il peut être sollicité au titre d'expert et ou de conseil, par le DS et l'encadrement.
- Il prépare et argumente les dossiers de synthèse destinés au comité de pilotage et aux DS afin de les tenir informés de l'avancement des projets.

COMPETENCES :

Les Ressources :

- Il doit avoir des connaissances juridiques relatives à ce domaine d'exercice.
- Il doit pouvoir acquérir rapidement une bonne connaissance des métiers et du concept de compétence.
- Il doit posséder une bonne connaissance de l'organisation, dans ses méthodes de travail, et ses modes de communication.

Les potentiels à développer :

- Il devra développer des capacités à animer un groupe de travail
- Il devra développer des capacités méthodologiques afin d'ordonner les réunions et d'en faire le compte rendu.
- Il devra développer des capacités à formuler des objectifs opérationnels, à déduire les actions à entreprendre, à évaluer les résultats.

Les compétences relationnelles :

- Il devra développer des qualités relationnelles avec tous les acteurs et un management participatif approprié basés sur l'écoute, la patience, la reformulation, la synthèse, la capacité de négociation et d'argumentation.
- Il devra se montrer disponible et devra se déplacer dans les services de soins si besoin.

TEMPS DE TRAVAIL

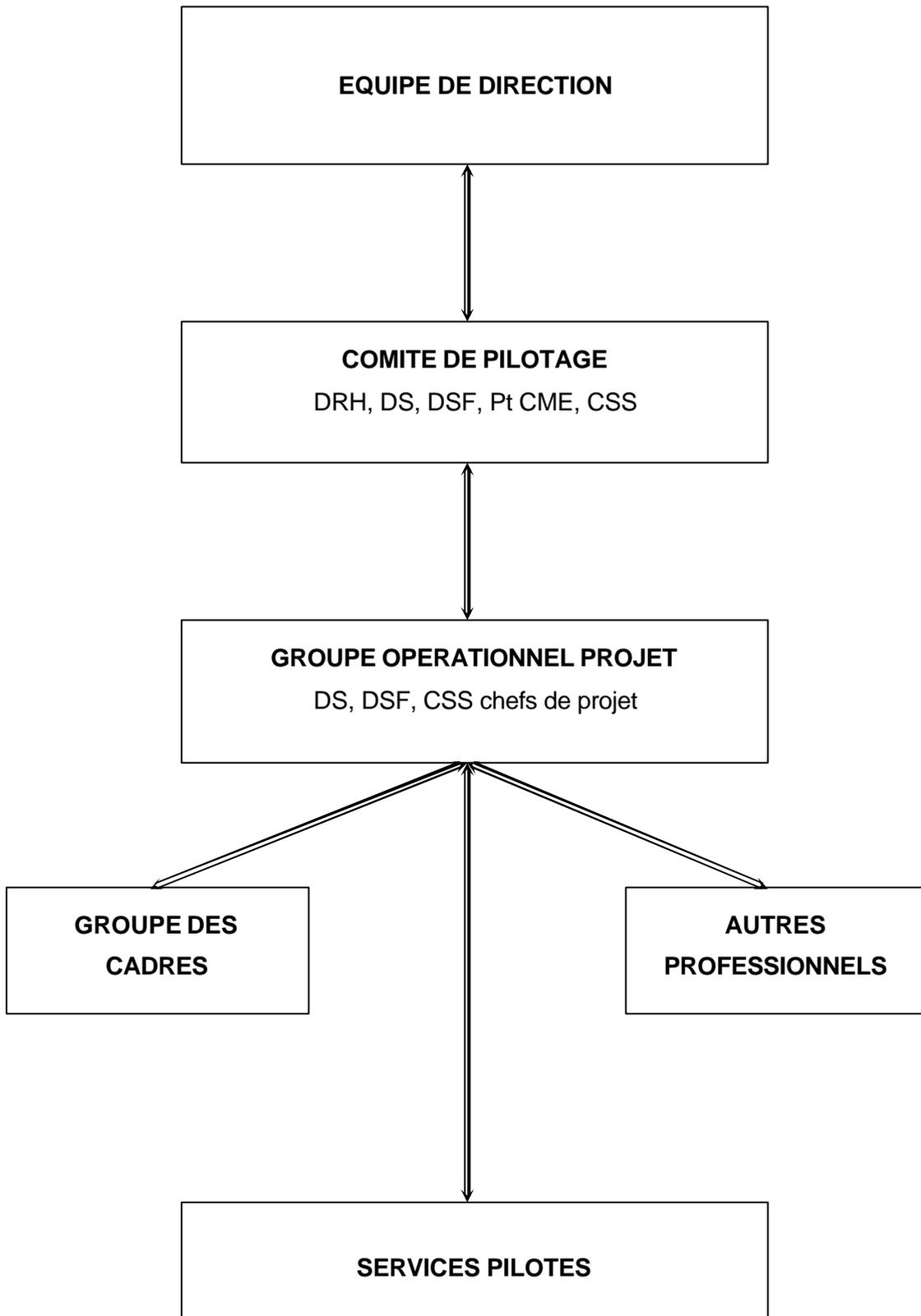
Il exercera sa fonction auprès du directeur des soins dans le cadre d'une mission transversale à raison d'un temps partiel de 50% ETP.

DUREE DE LA MISSION

Mission confiée pour une durée de trois ans renouvelable.

ANNEXE 3

Plan d'un Projet pour la mise en place d'une gestion des compétences



ANNEXE 4

Exemple de référentiel de compétences chiffré pour un cadre de santé médico-technique avec les définitions des activités correspondant à chaque niveau demandé.

Centre Hospitalier Bassin de Thau

COMPETENCES

(Cf. référentiel des compétences ci-annexé)

- **Techniques de gestion et d'organisation :** *Niveau : 3*

- **Conduites de projets :** *Niveau : 3*

- **Connaissances informatiques :** *Niveau : 2*

- **Techniques comptables et contrôle de gestion :** *Niveau : 1*

- **Techniques de formation :** *Niveau : 3*

- **Domaine qualité :** *Niveau : 3*

- **Connaissances de l'institution :** *Niveau : 3*

- **Techniques de communication :** *Niveau : 3*

- **Connaissances des normes réglementaires :** *Niveau : 3*

DEFINITION : TECHNIQUES DE GESTION & D'ORGANISATION

Ensemble des connaissances utilisées lors d'opérations visant à prévoir, mettre en œuvre, optimiser, contrôler de manière permanente un secteur déterminé ou l'ensemble de l'activité de l'institution.

NIVEAU 1 /

- Le vocabulaire utilisé "en gestion et organisation" est familier : procédure, circuits, pointage et recueil des données, productivité, entretien, promotion, mobilité interne, etc. ...
- Capacité à s'appliquer des principes élémentaires de gestion du temps.
- Capacité à trouver dans l'institution des référents en organisation.

NIVEAU 2 /

- Connaissance à court terme des projets de service et des actions qui vont y être entreprises.
- Capacité à appliquer des méthodes d'organisation dans son environnement professionnel immédiat.
- Capacité à rassembler des informations ou des documents permettant de reconstituer une action le plus fidèlement possible.
- Capacité à comprendre le fonctionnement d'un secteur d'activité ou de production et des contraintes qui découlent en gestion et organisation.

NIVEAU 3 /

- Connaissance suffisante des méthodes d'organisation, de gestion pour les utiliser dans son unité ou service.
- Capacité à faire des descriptions de poste et de positionner des individus dans une grille d'analyse.
- Capacité à utiliser ou manipuler des outils spécifiques d'organisation (diagrammes, grilles, etc. ...).
- Capacité à déterminer une charge de travail et à introduire le changement dans un but qui est défini par ailleurs.

NIVEAU 4 /

- Connaissance des produits, des services, des fonctions, des moyens mis en place par rapport à la stratégie, de l'établissement.
- Capacité à analyser les besoins futurs en gestion et organisation et à définir les critères en ressources humaines, techniques et financières par rapport aux attentes de l'institution.
- Capacité à interpréter tous documents, diagrammes ou graphiques et estimer après examen les ordres de grandeur ou de valeur.

NIVEAU 5 /

- Capacité à réadapter les outils d'organisation et de gestion par rapport aux besoins de l'institution et au projet d'établissement.

NIVEAU 6 /

- Capacité à élaborer puis mettre en œuvre de nouvelles méthodes d'organisation ou de gestion pouvant avoir des effets sur la pérennité de l'établissement.
- Capacité à déterminer et proposer de nouveaux concepts dans la gestion des ressources : humaines, économiques

DEFINITION : CONDUITE DE PROJETS

Ensemble des connaissances et des techniques mises en œuvre pour gérer et mener à bien un projet mobilisant les ressources disponibles, en tenant compte des contraintes humaines, médicales, réglementaires, dans le respect des stratégies développées par l'établissement.

NIVEAU 1 /

- Le vocabulaire suivant est familier : projet, planning, conduite de projet, charge de travail, budget, délai, objectif, tâche, plan, programme, audit, organigramme.

NIVEAU 2 /

- Connaissance des outils de base du management : communication, analyse des dysfonctionnements (conduite de réunion, diagramme de Paréto, arbre des causes) permettant de collecter des données concernant son environnement de travail, et de participer à des groupes de résolution de problèmes.
- Capacité à attester qu'un projet est conforme aux normes et protocoles prévus.

NIVEAU 3 /

- Capacité à utiliser les différents outils du management du projet.
- Capacité à engager et à évaluer une démarche projet sur tout sujet concernant son environnement professionnel immédiat (analyse, définition d'indicateurs, actions correctives).
- Capacité à animer un groupe de projet, maîtrise de l'anticipation, de la négociation.
- Capacité à contrôler l'application des normes protocolaires et de susciter des explications complémentaires si écart.

NIVEAU 4 /

- Capacité à mettre en œuvre et conduire jusqu'à l'évaluation un projet sur tout sujet au niveau d'un secteur.
- Capacité à participer à l'élaboration de démarche de projet dans tout secteur (cadre de référence, outils et moyens de contrôle, utilisation stratégique des atouts et des contraintes).
- Capacité à saisir la complexité d'un projet dans son ensemble.

NIVEAU 5 /

- Capacité à élaborer et mettre en place une politique induisant un effet de cohérence entre pratique et projet au niveau d'une grande fonction ou de l'institution.
- Capacité à introduire de nouveaux concepts, moyens ou méthodes.
- Capacité à conduire un projet en coopération avec des partenaires extérieurs.

NIVEAU 6 /

- Capacité à élaborer et mettre en œuvre de nouveaux concepts.
- Capacité à définir des méthodes de conduite de projets ou de programmes mettant en œuvre des partenaires multiples internes à l'institution hospitalière.

DEFINITION : TECHNIQUES DE FORMATION

Ensemble des connaissances et des techniques mises en œuvre lors de la conception, la réalisation et le suivi des actions de formation.

NIVEAU 1 /

- Le vocabulaire suivant est familier : responsable de formation, plan de formation, recueil des besoins indicateurs d'évaluation, évaluation des effets de la formation, congé de formation professionnelle, sous-commission de formation...
- Capacité à transmettre son savoir faire dans le cadre de son poste de travail (Ex. Visite d'élèves, former à des métiers).
- Connaissance de l'existence de normes particulières, appliquer les normes internes à son poste de travail.

NIVEAU 2 /

- Sait repérer les besoins en formation de son équipe.
- Capacité à transmettre un savoir à un savoir faire à un petit nombre d'individus dans le cadre d'objectifs pédagogiques préétablis en utilisant des documents existants.

NIVEAU 3 /

- Capacité à utiliser des outils pédagogiques.
- Capacité à adapter le contenu et la pédagogie d'un enseignement en fonction de l'auditoire.
- Capacité à apprécier une situation individuelle en termes de besoins de formation et à conseiller la réponse formation adaptée.
- Capacité à participer à l'élaboration d'un cahier des charges.

NIVEAU 4 /

- Capacité à mettre en œuvre les objectifs pédagogiques et à évaluer les résultats attendus.
- Capacité à élaborer un dispositif de formation dans son aspect conceptuel et organisationnel en l'intégrant dans le projet d'établissement.

NIVEAU 5 /

- Capacité à proposer des orientations en formation afin d'anticiper les évolutions auxquelles seront soumises l'établissement.

NIVEAU 6 /

- Capacité à évaluer un système de formation existant et si nécessaire de réajuster ou en proposer un nouveau, le mettre en œuvre, l'évaluer.