



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**DIRECTEUR DES SOINS FORMATION /
DIRECTEUR DES SOINS GESTION :
UN PARTENARIAT
GENERATEUR DE COMPETENCES**

Dominique DO CHI

Remerciements

Mes remerciements sont adressés à :

Monsieur Jean-Louis POURRIERE, responsable de la filière Directeur des Soins à l'E.N.S.P., promotion 2004-2005, pour ses conseils et ses encouragements durant la formation,

Mesdames et Messieurs les intervenants de l'E.N.S.P., dont les enseignements ont permis la préparation à la fonction de Directeur des Soins,

Mesdames et Messieurs les membres du jury, pour avoir accepté de participer à la soutenance de ce travail,

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Etablissement, les Directeurs des Ressources Humaines et les Directeurs des Soins, pour la qualité des informations qu'ils ont fournies lors des entretiens,

Mesdames et Messieurs les cadres et étudiants cadres de santé, dont la réflexion a enrichi ce travail,

Mes proches pour m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de mon cheminement.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1.1 LE CONTEXTE.....	3
1.2 LES CONSTATS.....	5
1.3 LE THEME.....	7
1.4 LA QUESTION DE DEPART.....	7
1.5 LES HYPOTHESES.....	7
1.5.1 Hypothèse I :.....	7
1.5.2 Hypothèse II :.....	7
1.5.3 Hypothèse III :.....	8
1.5.4 Hypothèse IV :.....	8
2 LE CADRE CONCEPTUEL.....	8
2.1 Les caractéristiques d'une relation de travail.....	9
2.1.1 La collaboration.....	9
2.1.2 La coopération.....	9
2.1.3 La complémentarité.....	9
2.1.4 L'association.....	9
2.1.5 La coproduction.....	9
2.2 Une relation de travail spécifique : le partenariat.....	10
2.2.1 Une relation codifiée entre acteurs : du domaine ludique à celui de la formation.....	10
2.2.2 Une stratégie de recherche identitaire.....	10
2.2.3 L'analyse d'une situation potentiellement conflictuelle comme préalable à la construction de la « compétence partenariale ».....	11
2.2.4 Du partenariat à la génération des compétences.....	11
2.3 La compétence.....	12
2.3.1 La compétence comme processus dynamique de mobilisation, transfert et intégration des savoirs.....	13
2.3.2 La compétence collective.....	15
2.4 La Politique.....	16
2.5 La Stratégie.....	16
3 LA METHODOLOGIE.....	17

3.1	La phase de pré-enquête	17
3.1.1	Du constat à l'élaboration de la question de départ.....	17
3.1.2	La détermination des hypothèses.....	19
3.1.3	La construction de la grille d'entretien	19
3.2	L'enquête de terrain.....	21
3.2.1	L'entretien semi-directif.....	21
3.2.2	L'analyse de contenu de documents internes, des projets de soins et des projets pédagogiques des I.F.C.S.	21
3.2.3	La présentation du terrain d'investigation et des acteurs interviewés	22
3.3	Le traitement et l'analyse des informations	23
4	LA PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE DE TERRAIN	26
4.1	L'analyse au regard des hypothèses.....	26
4.1.1	Hypothèse I :	26
4.1.2	Hypothèse II :	29
4.1.3	Hypothèse III :	32
4.1.4	Hypothèse IV :	34
4.2	L'analyse globale des résultats : de l'influence du partenariat entre le Directeur des Soins Formation et le Directeur des Soins Gestion sur les compétences des cadres de santé	36
4.2.1	De la collaboration au partenariat Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion : une relation en voie de construction.....	36
4.2.2	De l'influence du partenariat Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion sur l'amélioration des compétences des cadres de santé.....	38
5	LES PERSPECTIVES ET LES PRECONISATIONS D' ACTIONS.....	39
5.1	La construction d'une identité professionnelle : Directeur des Soins	39
5.2	Un guide de référence pour la construction d'un partenariat générateur de compétences.....	40
5.3	L'observatoire local de l'évolution de la fonction cadre de santé.....	45
	CONCLUSION	49
	BIBLIOGRAPHIE	53
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

C.H.G.	Centre Hospitalier Général
C.H.S.	Centre hospitalier Spécialisé en Psychiatrie
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
D.H.O.S.	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.P.A.S.	Diplôme Professionnel d'Aide Soignante
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.S.G.	Directeur des Soins Gestion
D.S.F.	Directeur des Soins Formation
E.N.S.P.	Ecole Nationale de la Santé Publique
E.P.S.	Etablissement Public de Santé
F.P.H.	Fonction Publique Hospitalière
G.C.S.	Groupement de Coopération Sanitaire
I.F.S.I.	Institut de Formation en Soins Infirmiers
I.F.C.S.	Institut de Formation de Cadres de Santé
I.R.F.	Institut Régional de Formation
L.M.D.	Licence Master Doctorat
V.A.E.	Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Les structures de soins et de formations professionnelles en santé sont en pleine mutation. Les cadres de santé constituent des acteurs incontournables de ce processus. Ils accompagnent les équipes soignantes pour réussir les transformations en cours et adapter le système de soins à l'évolution socio-économique.

Pour cela ils mettent en oeuvre les politiques de soins et de formation définie par les Directeurs des Soins au travers des projets de soins et de formation.¹

Le cadre législatif² relatif à la nouvelle gouvernance prévoit la réorganisation des établissements de soins en pôles d'activités, entités économiques dotées d'une délégation de gestion de la part du Directeur d'Etablissement. Il met en place la contractualisation interne entre la coordination du pôle et la direction générale de l'établissement. Il vise à ajuster au mieux les ressources et les moyens disponibles aux besoins de santé de la population et à rendre plus réactives les structures de soins à l'évolution de la demande des usagers.

La loi n°2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et aux responsabilités locales transfère à la région les compétences de l'Etat en matière de gestion de la formation professionnelle. Les I.F.C.S sont concernés par l'application de ce texte à partir du 1^{er} juillet 2005. Ce transfert de compétences donne au président du conseil régional le pouvoir de prononcer l'agrément du directeur de l'I.F.C.S., par contre la détermination des quotas et l'accès aux formations restent de la compétence de l'Etat donc de ses services déconcentrés et dans ce cas la D.R.A.S.S. Son objectif est d'ajuster le système de formation professionnelle à la demande et aux besoins régionaux en matière de personnel qualifié. A terme la loi envisage de dresser un schéma régional de la formation professionnelle. Le budget des I.F.C.S. est maintenant financé et géré par la région.

¹ Le projet de formation se limite dans ce travail à celui des Instituts de Cadres de Santé (I.F.C.S.)

² - circulaire du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière

- ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

- décret n°2005-421 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

La réorganisation du système de soins et de formation à l'échelon régional s'inscrit dans une volonté politique et un processus de réforme du fonctionnement des services publics. Elle tend à rapprocher les décisions des bénéficiaires suivant le principe de subsidiarité préconisé par les institutions européennes.

De part leur position et leur rôle institutionnel au sein de la structure de soin et de formation, de leur possible mobilité fonctionnelle entre la gestion et la formation telle que le prévoit le décret 2002-550 qui régit leur statut, les Directeurs des Soins ont une place particulièrement importante et un rôle à jouer dans les évolutions en cours.

Responsables de l'organisation, de la qualité des soins et de la formation des personnels paramédicaux, ils impulsent ces changements dans les politiques de soins et de formation qu'ils élaborent. Les cadres de santé, acteurs de « terrain » conduisent et pilotent ces mutations au sein des équipes qu'ils managent. Ainsi la collaboration Directeur des Soins Gestion et Directeur des Soins Formation, directeur d'I.F.C.S. s'avère indispensable pour aider les cadres de santé dans la réussite des réformes en cours.

Compte tenu du vaste champ des transformations actuelles qui s'étend de la formation des professionnels de santé au système de production des soins, ce travail se borne à l'analyse des rapports de travail entre les Directeurs des Soins Gestion et les Directeurs des Soins Formation en I.F.C.S. et de leur influence sur les compétences des cadres de santé exerçant en établissement de soins. La situation des cadres de santé formateurs en instituts de formation ou en école paramédicale n'est pas abordée dans cette étude.

L'interrogation qui guide ce travail s'est construite à partir d'une préoccupation professionnelle récurrente tout au long de ma carrière : dans l'exercice de ma fonction comment rendre les systèmes de soins et de formation générateurs de compétences ?

Les compétences constituent un champ particulièrement exploré ces dernières années mais dont la définition, la production et l'évaluation suscitent de nombreux débats. Par contre compte tenu de la nouveauté du cadre juridique commun qui régit la formation et l'exercice des Directeurs des Soins, la collaboration Directeur des Soins Formation / Directeur des Soins Gestion reste encore un domaine intéressant à explorer, au-delà des simples relations formelles et informelles.

Le thème de ce travail est lié à ma future prise de poste de Directeur des Soins en Institut de Formation de Cadres de Santé. Cette orientation professionnelle s'inscrit dans la continuité d'un parcours et d'une expérience professionnelle marquée par la formation

initiale et continue des infirmier(e)s, des soignants paramédicaux et des cadres de santé. Elle procède d'une recherche constante de la meilleure adéquation possible entre la formation et l'emploi à des fins d'amélioration de la qualité des soins par le perfectionnement des compétences du personnel soignant.

J'envisage d'exercer ma fonction de Directeur des Soins en I.F.C.S. en complémentarité avec mes collègues Directeurs des Soins Gestion, c'est pourquoi je m'intéresse aux relations entre les Directeurs des Soins Formation et les Directeurs des Soins Gestion. Nos secteurs d'activité certes différent, mais notre finalité qui constitue le moteur de notre action reste identique: la qualité des soins.

Ma réflexion sur cette complémentarité et cette collaboration est partie de l'identification du contexte et des constats de départ suivants.

1.1 LE CONTEXTE

☒ **Les systèmes de soins et de la formation des professionnels de santé sont en pleine mutation.**

Ils sont confrontés à des changements profonds qui modifient les organisations et la nature du travail et nécessitent une adaptation de leurs personnels.

Afin de rationaliser leurs moyens, **les établissements de santé** se réorganisent par **pôles d'activités** en interne et fusionnent en externe, en particulier au sein des **groupements de coopération sanitaire** (G.C.S.). Les modes de financement de l'hôpital se modifient progressivement avec la mise en place de la **tarification à l'activité (T2A)**. Les prises en charge des patients évoluent avec le **développement des alternatives à l'hospitalisation et des réseaux**. La **version 2 du manuel d'accréditation** des établissements de soins s'applique maintenant à l'évaluation des pratiques professionnelles transformant ainsi la procédure d'accréditation en procédure de certification. La **gestion des risques** et la recherche de **l'amélioration continue de la qualité** deviennent une préoccupation constante de tous les acteurs du système de soins. La législation reconnaît les **droits des usagers** pour mieux les respecter.

La gestion de **la formation professionnelle** devient **régionale** et incite les Instituts de Formation et les écoles paramédicales à se regrouper au sein de **pôles ou d'instituts régionaux de formation**. Ils mutualisent leurs moyens pour adapter l'offre de formation aux besoins régionaux en personnels qualifiés destinés à travailler dans les

établissements ou les structures de santé. L'**universitarisation** de la formation des professions de santé s'organise avec l'obligation européenne de mise en place du système de reconnaissance des diplômes: **L.M.D.** Parallèlement la validation des acquis de l'expérience (**V.A.E.**) devient la quatrième voie d'accès aux diplômes après les voies scolaire et universitaire, l'apprentissage et la formation professionnelle continue. Elle concerne aujourd'hui le Diplôme Professionnel d'Aide Soignante (D.P.A.S.). Elle est prévue prochainement pour l'accès aux diplômes d'infirmier(e) spécialisé(e)s. Elle sera très probablement étendue dans l'avenir au Diplôme de Cadre de Santé.

☒ **Un cadre réglementaire favorable à la collaboration entre les Directeurs des Soins Formation et les Directeurs des Soins Gestion.**

La réglementation place le recrutement, la formation et l'exercice de la fonction des Directeurs de Soins de la Fonction Publique Hospitalière dans un cadre unique tel que le prévoit le **décret n°2002-550 régissant leur statut**. Elle favorise l'acquisition d'une culture commune et la compréhension mutuelle des acteurs.

☒ **L'importance du rôle des Directeurs des Soins et des cadres de santé dans la réussite des changements en cours.**

Dans ce processus global de transformation des structures de soins et de formation les Directeurs des Soins et les cadres de santé sont fortement sollicités. En effet les premiers ont pour mission d'élaborer des politiques et d'utiliser des stratégies pour faciliter l'adaptation des personnels soignants aux évolutions en cours du système de santé. Les seconds, chargés d'animer les équipes soignantes, constituent des acteurs déterminants dans la conduite et la réussite de ces mutations.

☒ **Une fuite des compétences de l'encadrement soignant.**

Les statistiques et les projections démographiques de la D.H.O.S. prévoient un **départ à la retraite imminent** dans les cinq ans à venir de **70 à 80% de l'effectif actuel des cadres de santé**. Cette situation soulève la nécessité de trouver des solutions urgentes en matière de formation et d'organisation du travail pour pallier le déficit de compétences ainsi créé.

Les éléments de ce contexte, mon expérience professionnelle et une recherche documentaire complétée par des entretiens préliminaires auprès d'acteurs impliqués dans ces changements m'ont permis de dresser les constats de départ suivants.

1.2 LES CONSTATS

⊗ Les Directeurs d'établissement et les Directeurs des Soins demandent aux cadres de santé³ de faciliter le fonctionnement des systèmes actuels de soins et de formation et d'aider les équipes à s'adapter aux changements en cours.

Ils attendent des cadres des compétences de « leadership » qui nécessitent des capacités d'anticipation et de distanciation.

⊗ Les cadres de santé ont des difficultés à anticiper les changements et à aider les équipes qu'ils dirigent à s'y adapter. La plupart est absorbée dans une gestion quotidienne alourdie par des problèmes de pénurie de personnel.

⊗ La cohérence entre les politiques de formation et les politiques de gestion des soins facilite l'adaptation des cadres de santé aux évolutions actuelles du système de santé. Elle nécessite la collaboration des Directeurs des Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion. Cette collaboration est le plus souvent ténue, peu formalisée et repose sur la volonté individuelle de ses acteurs. Elle se manifeste dans l'organisation des stages ou la participation aux jurys de validation des connaissances des étudiants.

⊗ Les Directeurs des Soins conçoivent des politiques de Formation et de Gestion des Soins et élaborent des Projets de Formation et de Soins au regard des évolutions en cours. Cependant il n'existe pas ou peu d'articulations entre le projet d'école de l'I.F.C.S. et le(s) projet(s) de soins des établissements de soins.

⊗ Les projets de soins et les projets pédagogiques des I.F.C.S. sont élaborés de façon distincte sans concertation préalable approfondie entre les Directeurs des Soins Gestion et Formation. Les Directeurs des Soins Gestion sont rarement questionnés par l'I.F.C.S. sur leurs attentes en matière de compétences requises par les cadres de santé. Ils sont informés du projet d'école et du projet pédagogique lors de sa mise en oeuvre, mais rarement lors de son élaboration.

³ Ce constat se borne à énoncer les difficultés des cadres de santé de proximité

A l'inverse les Directeurs des Soins Formation sont peu sollicités par les Directeurs des Soins Gestion lors de l'élaboration du projet de soins.

☒ Les évolutions du système de soins et les difficultés d'exercice des cadres de santé induisent une attente des employeurs et des I.F.C.S. par rapport aux compétences des cadres de santé. Il n'existe pas fondamentalement de décalage entre les attentes des employeurs et celles des I.F.C.S. Par contre le temps et les moyens impartis pour la formation des cadres de santé ne permet pas d'y répondre pleinement.

Les compétences des cadres de santé⁴ attendues par la hiérarchie sont à la fois techniques, comme les outils de gestion des soins, d'une équipe soignante et des ressources matérielles, de conduite de projets, mais aussi relationnelles pour mobiliser une équipe, la fédérer, la motiver et négocier avec les différents responsables intra et inter institutionnels. Au-delà de l'aspect purement technique de la fonction d'encadrement les employeurs recherchent chez les cadres de santé une posture, un positionnement, une capacité de distanciation pour mettre en œuvre les politiques de soins déterminées dans le projet d'établissement et le projet de soins, pour piloter, conduire et réussir les changements imposés par les réformes et l'évolution du système de soins.

La fonction de cadre de santé de proximité se distingue de celle du cadre supérieur de santé par l'importance de l'espace et la temporalité de son action et de ses décisions⁵.

Au sein d'une unité de soins à court terme, le cadre de santé de proximité organise l'activité paramédicale, anime l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, en veillant à l'efficacité des prestations.

Au sein d'un secteur de soins ou d'un pôle le cadre supérieur de santé coordonne et optimise les prestations de soins et les activités paramédicales d'un ensemble d'unités ou de services dans une optique de qualité en manageant une équipe de cadres.

☒ La difficulté d'exercice de la fonction cadre réside surtout dans le positionnement et la distanciation. Ils permettent au cadre de santé d'être à la fois dedans et en dehors d'une unité ou d'un secteur de soins pour anticiper les changements. Le cadre de santé doit accompagner l'équipe soignante dans ces évolutions et utiliser les outils techniques managériaux à bon escient.

⁴ Entretiens préliminaires durant la pré-enquête avec les Directeurs des Soins, les Directeurs d'établissement, les D.R.H. et fiches du répertoire de métiers de la Fonction Publique Hospitalière

⁵ Répertoire de métiers de la Fonction Publique Hospitalière Ministère de la Santé

D.H.O.S. 2004 pp78-80

De surcroît le cadre de proximité se retrouve aux confins des demandes et des injonctions parfois paradoxales de la hiérarchie soignante, médicale, administrative et de celles des patients et de leur famille.

Ces constats me conduisent à définir le thème de mon travail et à formuler la question de départ suivante.

1.3 LE THEME

La collaboration entre les Directeurs des Soins Formation et les Directeurs des Soins Gestion et l'influence de celle-ci sur les compétences des cadres de santé.

1.4 LA QUESTION DE DEPART

Quelles formes et quels contenus doit avoir la collaboration Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion pour améliorer les compétences des cadres de santé ?

Ou

En quoi la collaboration Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion peut contribuer à l'amélioration des compétences des cadres de santé ?

Cette question m'amène à poser les hypothèses suivantes :

1.5 LES HYPOTHESES

L'amélioration des compétences des cadres de santé dépend de la forme et du contenu du partenariat entre le Directeur des Soins Formation et le Directeur des Soins Gestion.

Le partenariat entre le Directeur des Soins Formation et le Directeur des Soins Gestion a peu d'influence sur l'amélioration des compétences des cadres de santé parce que :

1.5.1 Hypothèse I :

ses enjeux n'ont pas été élucidés pour fonder une véritable collaboration.

1.5.2 Hypothèse II :

les politiques et les projets de soins ne sont pas articulés avec les politiques et les projets de formation des cadres de santé.

1.5.3 Hypothèse III :

le développement des projets et travaux en commun des Directeurs de Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion est encore insuffisant.

1.5.4 Hypothèse IV :

la formation commune des Directeurs de Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion à l'E.N.S.P. est encore trop récente pour fonder une culture commune et un mode d'action propice à générer les compétences des cadres de santé.

Afin de délimiter les contours du thème traité et de traiter les informations recueillies dans cette étude je me suis appuyée sur la sémantique et le cadre conceptuel suivant.

2 LE CADRE CONCEPTUEL

Divers termes tels que collaboration, coopération, coproduction, partenariat peuvent s'apparenter à la description de la relation entre les Directeurs de Soins Formation et les Directeurs des Soins Gestion. Leur compréhension permet d'approcher la nature de cette relation, pour enfin tenter de la caractériser en se référant à des études sociologiques relatives à la notion de partenariat dans le cadre de la formation professionnelle.

L'acception du terme compétence s'appuie sur les travaux des chercheurs dans les domaines de la sociologie du travail et de la formation professionnelle. La compétence ne s'exprime et ne se mesure que dans l'action, donc dans le milieu du travail réel grâce à la mobilisation de différents savoirs. Elle s'articule à partir d'un socle incompressible de corpus de connaissances théoriques et pratiques. L'acquisition de ce corpus est garantie et validée par le centre de formation. Il se fonde sur une alternance intégrative⁶ de l'apprentissage. Celle-ci permet d'utiliser des connaissances sur le « terrain » et inversement d'acquérir à partir du terrain des savoirs. Ces savoirs seront ensuite formalisés à l'école par un travail d'exploitation et d'intégration pour les rendre transférables et utilisables dans n'importe quelle situation de travail.

Cette définition de la compétence détermine la place des établissements de soins et de formation professionnelle paramédicale dans une nécessaire complémentarité, une relation de coproduction de savoirs et de qualité des soins. Elle interroge sur la nature et le niveau de collaboration et de coopération entre les acteurs impliqués dans cette coproduction, en particulier les Directeurs de Soins Formation et des Directeurs des Soins

⁶ LERBET G. « Alternance et cognition » revue Education Permanente n°115 p66 - février 1993

Gestion. Elle participe à la détermination de leurs politiques de soins et de formation et à leur stratégie de mise en œuvre pour les rendre effectives et efficientes.

2.1 Les caractéristiques d'une relation de travail

Une tentative de définition du travail en commun des Directeurs de Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion s'apparente à donner un sens aux termes : collaboration, coopération, complémentarité, association, coproduction, partenariat.

2.1.1 La collaboration⁷

La notion de collaboration recouvre celle d'un travail collectif, d'une aide, d'un appui, d'un concours à une œuvre commune.

2.1.2 La coopération⁸

Complète la notion de collaboration en la renforçant par la notion de politique dans une action conjointe.

Au sens économique de ce terme, la coopération est une méthode d'action par laquelle des personnes ayant des intérêts communs constituent une entreprise où les droits de chacun à la gestion sont égaux et où l'excédent d'exploitation est réparti entre les seuls associés au prorata de leur activité. Elle introduit une répartition des rôles dans l'action commune et de ses bénéfices entre les différents partenaires.

2.1.3 La complémentarité⁹

Caractérise ce qu'il faut ajouter à un élément ou une action pour qu'il soit complet et constitue un ensemble donné.

2.1.4 L'association¹⁰

Signifie le regroupement de personnes réunies durablement dans un dessein commun et non lucratif. Elle nécessite une entente entre ces différentes personnes.

2.1.5 La coproduction¹¹

Se réfère généralement au langage cinématographique. C'est le fait de produire c'est à dire d'assurer la réalisation matérielle d'un film ou d'un spectacle par le financement et

⁷ dictionnaires Petit LAROUSSE et Petit ROBERT

⁸ ibid.

⁹ ibid.

¹⁰ ibid.

¹¹ Ibid

l'organisation d'actions. Dans cette notion intervient l'aspect financier et organisationnel des actions effectuées dans un but commun.

2.2 Une relation de travail spécifique : le partenariat

2.2.1 Une relation codifiée entre acteurs : du domaine ludique à celui de la formation

Ce terme d'origine anglaise s'apparente à associé ou " partner ". Il se réfère aux activités ludiques ou sportives qui nécessitent des règles du jeu avec des gagnants et des perdants. Par extension son usage s'applique à d'autres activités sociales qui mettent en relation au moins deux acteurs. Il s'associe aux idées de négociation, de partage et même de conflit. Depuis les années 1980 son emploi s'étend au domaine collectif et économique.

Dans le champ de la formation il atteint une fonction de légitimation de certaines pratiques de « rapprochement » entre les acteurs. Il permet d'analyser leurs relations juridiques, conventionnelles, financières, hiérarchiques et fonctionnelles.¹²

Il est constitué par une association d'institutions, d'entreprises en vue d'une action commune.

2.2.2 Une stratégie de recherche identitaire

Pour Mokhtar KADDOURI¹³ : « le partenariat est un terme polysémique aux contours flous qui mérite d'être précisé suivant l'utilisation qui en est faite. C'est un concept empirique traversé par des contradictions sociales et influencé par les systèmes d'intérêts des acteurs qu'il concerne. Cette construction négociée entre acteurs résulte des différentes tensions qui les animent par rapport à leurs propres stratégies identitaires. Le partenariat est d'autant plus fort que la recherche ou la consécration identitaire de l'acteur concerné est importante. Il lui permet d'acquérir ou de consolider une position dominante à

¹² Jean-Luc FERRAND «Partenariat et formation professionnelle continue : de l'inexistence d'un concept » revue Education Permanente n°131 1997 pp63-66

¹³ Mokhtar KADDOURI est chercheur au centre de recherche sur la formation au Conservatoire National des Arts et Métiers (C.N.A.M.)

l'intérieur et à l'extérieur de l'institution. C'est un moyen d'acquérir une reconnaissance et une légitimité». ¹⁴

2.2.3 L'analyse d'une situation potentiellement conflictuelle comme préalable à la construction de la « compétence partenariale »

« Les principaux obstacles à la conduite d'une action partenariale résident dans le manque de références communes, de cadre d'analyse transversal et d'un langage permettant de communiquer c'est à dire dont les mots signifieraient la même chose pour ceux qui les emploient. » Ainsi les différents partenaires ou acteurs n'ont pas forcément une représentation et des objectifs identiques de l'action de formation dans laquelle ils sont engagés. «Le point de départ d'une action partenariale est donc plutôt dans la perception que c'est une situation en soi conflictuelle et que le consensus est à l'arrivée plutôt qu'à l'entrée, c'est à dire, que loin d'être donné d'emblée il est à construire. »¹⁵ Il est donc tout aussi important d'élaborer des instruments facilitant la mise en place d'une situation de formation en partenariat comme l'analyse des actions engagées en commun et des représentations forgées par chacun que de construire des outils de pilotage et d'évaluation des dispositifs de formation. Le partenariat suppose d'emblée la reconnaissance d'une possible confrontation des parties impliquées. La coopération existe mais elle est potentiellement conflictuelle.

2.2.4 Du partenariat à la génération des compétences

Cette approche sémantique du partenariat comme travail en commun glisse progressivement de la notion de regroupement des acteurs vers une dimension institutionnelle, organisationnelle et économique d'intérêts communs mais aussi vers l'importance de la stratégie identitaire de chacun des protagonistes dans la réussite de cette entreprise.

Ainsi de la collaboration au partenariat, différents termes peuvent caractériser la relation existante entre le Directeur des Soins Formation et le Directeur des Soins Gestion pour

¹⁴ Mokhtar KADDOURI «Partenariat et stratégies identitaires, une tentative de typologisation » revue Education Permanente n°131 1997 pp109-125

¹⁵ ZAY Danièle « Le partenariat en éducation et en formation : l'émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? » revue Education Permanente n°131 1997 p23

améliorer la qualité des soins par le développement des compétences des cadres de santé. Le partenariat sera le type de relation observé dans cette étude.

En référence au cadre théorique qui vient d'être énoncé trois principaux aspects seront retenus pour le qualifier et mesurer son impact sur les compétences des cadres de santé. Il s'agit de la codification de cette relation, de sa matérialisation et des enjeux de pouvoirs des acteurs concernés.

La codification de cette relation est constituée par des pratiques de rapprochement informelles et formelles et des règles qui peuvent être juridiques, financières, hiérarchiques ou fonctionnelles. A partir d'un langage et d'une culture commune, elle se matérialise par des projets et/ou travaux élaborés ensemble ou articulés entre eux. Elle se fonde sur la délimitation de territoires et des enjeux de pouvoirs des acteurs, ce qui la rend potentiellement conflictuelle et nécessite une action négociée de leur part.

2.3 La compétence

Comme le partenariat, la compétence est aussi un terme polysémique dont l'usage est souvent galvaudé. Depuis ces quinze dernières années nombreux sont les auteurs qui ont tenté d'approcher et de caractériser cette notion.

Dans ce travail, la définition de la compétence émane des modèles théoriques proposés par Guy BOTERF et Philippe ZARIFIAN¹⁶.

La compétence indissociable de l'action est contextuelle. Elle réside dans la capacité à mobiliser différents savoirs : théoriques, pratiques, procéduraux, comportementaux dans une situation réelle de travail pour résoudre des problèmes complexes voire inédits. C'est aussi la maîtrise d'un savoir opérationnel requis à la réalisation d'activités dans une situation déterminée¹⁷. Elle s'exerce à partir d'un corpus de connaissances minimales que constitue la qualification. Toujours évaluable et validable elle peut être spécifique à un métier donné ou transverse à plusieurs métiers.

¹⁶ LE BOTERF Guy L'ingénierie des compétences Editions d'Organisation – Paris 1999 – 445 pages
ZARIFIAN Philippe Objectif compétence Editions Liaisons – Paris 1999 – 229 Pages

¹⁷ BARTHES R. Directeur à la D.H.O.S. et in Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière

2.3.1 La compétence comme processus dynamique de mobilisation, transfert et intégration des savoirs

La compétence est un processus dynamique. Elle ne se résume pas aux seuls acquis de la formation. Elle ne se réduit pas à une connaissance et à des capacités possédées. Cependant l'acquisition de cette connaissance et de ses capacités constitue la première étape de la construction de l'édifice « qualification ». Le passage de la connaissance à la compétence s'effectue lorsque l'individu mobilise de façon pertinente les savoirs enseignés, au moment opportun dans une situation de travail donnée. De ce fait, « elle ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités...) à mobiliser, mais dans la mobilisation même de ses ressources... Elle désigne une réalité dynamique, un processus davantage qu'un état. C'est en mettant en œuvre la compétence que l'on devient compétent... Elle est un savoir-faire opérationnel validé. »¹⁸ Le terme « validé » indique que seule la reconnaissance de l'action par les autres transformera sa réalisation en compétence.

A) La mobilisation des savoirs¹⁹

La production de la compétence nécessite de mobiliser des savoirs. Selon Guy le BOTERF ces savoirs sont les suivants :

- **Les savoirs théoriques** qui visent à comprendre un phénomène, un objet, une situation, une organisation, un processus... donc le "**comment ça fonctionne ?**" Ils servent à en décrire et à en expliquer les composants ou la structure, à en saisir les lois de fonctionnement ou de transformation (concepts, schéma, connaissances...)
- **Les savoirs procéduraux** visent à prescrire « comment il faut faire » et « comment s'y prendre pour ». Ils permettent de disposer de règles et décrivent les savoirs opératoires en vue d'une action à réaliser
- **Les savoir-faire procéduraux** représentent l'action même à réaliser, donc l'application de la procédure, qui passe par l'expérience pratique sous contrainte temporelle. Après entraînement le savoir procédural deviendra savoir-faire
- **Les savoir-faire expérientiels** représentent, quant à eux, le savoir issu de l'action. Il comprend les leçons tirées de l'expérience pratique

¹⁸ Le BOTERF (G) De la compétence : essai sur un attracteur étrange Editions d'Organisation - PARIS - 1994 176 pages

¹⁹ DREVET (G) La gestion des compétences comme levier stratégique de performance économique et sociale mémoire de l'E.N.S.P. filière Directeur des Soins – RENNES- 2004

- **Les savoir-faire sociaux** sous-tendent que les seules connaissances théoriques ou procédurales ne suffisent pas à construire « l'équipement en savoir de l'individu. La compétence relève aussi du savoir-être induit par les représentations sociales, les valeurs et les statuts. Ils sont corrélés aux savoirs-faire relationnels et comprennent les comportements sociaux et professionnels, les attitudes relationnelles et de communication, les attitudes éthiques
- **Les savoirs-faire cognitifs** correspondent à des opérations intellectuelles nécessaires à la formulation, l'analyse et la résolution de problèmes, la conception et la réalisation de projets, la prise de décision, la création ou l'invention.

B) Le transfert des savoirs

La compétence ne se limite pas à la résolution d'un problème unique dans une situation unique. Polyvalente, elle suppose d'agir sur un ensemble de problèmes, du plus simple au plus complexe dans une variété de situations données. Elle ne se réduit pas à la répétition ou à l'imitation de la même opération. Chaque individu doit pouvoir transférer sa compétence à deux niveaux : le premier à une pluralité d'actions de natures différentes, le second à un groupe de personnes, dont la fonction est d'œuvrer à la même construction d'actions d'apprentissage. Ainsi le transfert de compétences se trouve étroitement lié au management des ressources humaines.

C) L'intégration des savoirs

La compétence requiert la capacité à formaliser et à intégrer des savoirs divers et hétérogènes pour les utiliser ensuite dans la réalisation d'activités.

La compétence n'est pas une simple accumulation de savoirs partiels, mais une combinaison judicieuse utilisée à bon escient. Cependant la singularité de la situation dans laquelle s'exerce la compétence n'est pas l'unique élément à considérer. Les représentations individuelles et les styles cognitifs, c'est à dire la façon de chacun d'appréhender, d'acquérir et d'utiliser les savoirs constituent tout autant des éléments de leur intégration.

La mobilisation, le transfert et l'intégration des savoirs constituent les étapes indissociables du « savoir agir ou savoir en action » qui deviendra de la « compétence » s'il est reconnu par autrui. Le corollaire de la notion de compétence est donc l'évaluation.

2.3.2 La compétence collective

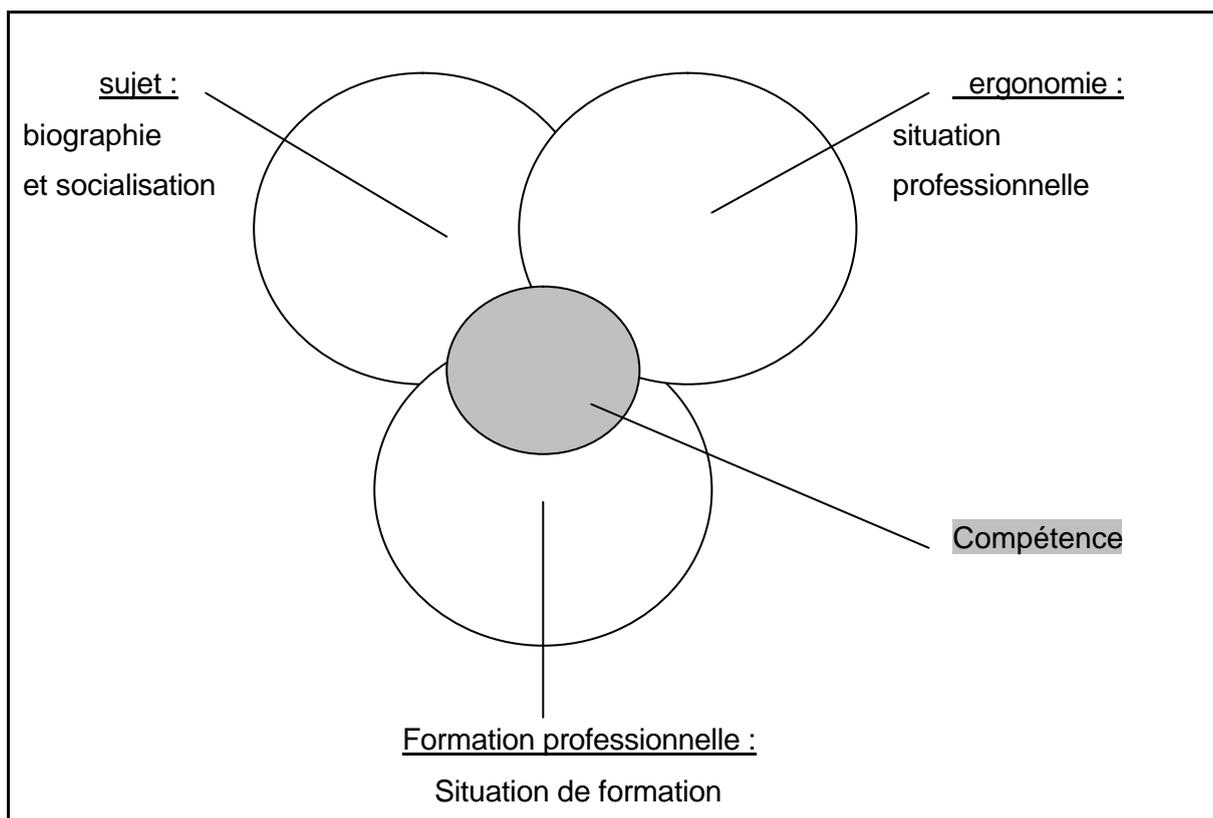
Elle se distingue de la compétence individuelle par le fait qu'elle n'est pas constituée par la somme des compétences détenues par chaque membre d'une équipe de travail.

Elle résulte de l'association et de l'imbrication de leurs différentes compétences pour s'exprimer dans une action commune et un travail collectif dirigés vers l'atteinte d'un objectif et la réussite d'un projet commun. Comme le transfert des compétences, la compétence collective est indissociable du management des ressources humaines.

La compétence résulte d'une combinaison entre les capacités cognitives et sociales de l'individu, sa situation de formation et sa situation professionnelle²⁰.

La compétence au carrefour

(extrait De la compétence : essai sur un attracteur étrange Le BOTERF Guy



La question des compétences des cadres de santé interpelle à la fois l'I.F.C.S. et l'établissement de soins dans lequel ils exercent. Elle repositionne le partage des

²⁰ Le BOTERF Guy De la compétence : essai sur un attracteur étrange

Editions d'Organisation – PARIS 1995 - pp 16-18

responsabilités entre les Directeurs des Soins Gestion et Formation. Elle nécessite leur complémentarité mais surtout un partenariat capable d'influer sur la production et la promotion de ces compétences.

Les missions et les actions des Directeurs de Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion se situent au niveau politique et stratégique. Comment à ce niveau peuvent-ils influencer les compétences des cadres de santé pour les améliorer ? S'interroger sur ce niveau d'action nécessite de définir des termes politique et stratégie.

2.4 La Politique

A trait aux affaires publiques. Elle concerne l'art de gouverner, d'indiquer la direction aux affaires de l'état. Elle constitue l'ensemble des options prises par ses dirigeants. C'est aussi l'art de rentrer en relation avec d'autres états. Elle étudie les phénomènes de pouvoir. Selon ARISTOTE la politique est à la fois le fondement et le prolongement de l'Ethique.

La politique renvoie à des rapports de pouvoirs entre les états ou les dirigeants.

L'exercice de la politique exige des capacités de négociation des acteurs, leur reconnaissance en terme de légitimité et d'autorité et surtout des stratégies d'actions.

2.5 La Stratégie

D'abord empruntée à la terminologie militaire la stratégie se caractérise par l'art de gagner une guerre militaire ou économique.

Dans le domaine du management la stratégie²¹ se définit comme l'art de diriger un ensemble de dispositifs pour atteindre un objectif. Cette définition indique qu'une stratégie peut aussi bien être élaborée et appliquée à un individu, un groupe ou une organisation dans son ensemble. La stratégie est étroitement liée à la notion de pouvoir au sens de capacité à modifier les actions d'un autre ou des autres.

Les Directeurs des Soins ont pour mission de donner du sens à l'action en s'appuyant sur des options qu'ils ont préalablement et clairement définies. Pour mettre en œuvre leurs politiques de soins et de formation ils négocient et manœuvrent pour agir sur les partenaires et les protagonistes impliqués dans un travail commun mû par un intérêt commun.

Afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses, j'ai suivi la méthodologie suivante.

²¹ MORSAIN M.A. Dictionnaire du management stratégique 2000

3 LA METHODOLOGIE

Elle comporte une phase de pré-enquête pour établir le constat, une enquête de terrain pour recueillir les données, un traitement et une analyse des informations recueillies.

Durant la phase pré-enquête et l'enquête de terrain le choix a été fait de recourir à des entretiens semi-directifs. Ceux-ci permettent, grâce à l'utilisation de techniques de reformulation telles que les « questions de relance », d'obtenir des réponses plus riches que par un questionnaire et d'approfondir le sujet traité. L'étude d'une relation partenariale et son impact sur la production des compétences se prête, à mon sens difficilement à la rigidité de questions abruptes fermées ou à choix multiples. Un entretien dirigé facilite la mise en confiance de l'interlocuteur et la richesse des échanges.

3.1 La phase de pré-enquête

3.1.1 Du constat à l'élaboration de la question de départ

J'ai d'abord établi le constat à partir d'une étude documentaire et d'une pré-enquête de terrain²² auprès des acteurs directement concernés par les compétences des cadres de santé. Ensuite cela m'a permis d'affiner la question de départ.

A) La recherche documentaire

Pour cela j'ai utilisé les fonds documentaires de l'E.N.S.P. à RENNES, de l'I.F.C.S. de VILLE-EVRARD à NEUILLY sur MARNE, du centre documentaire de la Chaire de Formation des Adultes au Conservatoire National des Arts et Métiers à PARIS.

B) La pré-enquête sur le terrain

J'ai interviewé individuellement vingt personnes : des Directeurs des Soins Gestion et Formation, des Cadres et des étudiants Cadres de Santé, des Directeurs de Centres Hospitaliers, des Directeurs des Ressources Humaines. Le panel des personnes interrogées a été choisi de façon à ce qu'il soit représentatif des différents secteurs d'activités des établissements de soins. : C.H.G., C.H.U., C.H.S.

²² guide d'entretien préliminaire annexe I

Ces entretiens préliminaires visaient à identifier d'une part les compétences des cadres de santé, requises et réelles, et d'autre part l'existence d'une relation entre les Directeurs des Soins Gestion et Formation par rapport à la production de ces compétences.

Ils comportaient quatre axes :

- La détermination des attentes des employeurs (Directeurs d'établissement, Directeurs des Soins) par rapport aux compétences des cadres de santé
- L'appréciation de l'adéquation de la formation des cadres de santé, actuellement dispensée en I.F.C.S, avec les attentes des employeurs
- L'identification des difficultés rencontrées par les cadres en formation en I.F.C.S. et par ceux déjà formés lors de leur prise de poste
- Le repérage de l'existence d'un partenariat entre l'I.F.C.S. et l'établissement de soins et une politique de formation commune qui contribuent à l'amélioration de la qualité des cadres formés, à répondre à l'attente des employeurs et à faciliter l'adaptation à leur poste des futurs cadres concernés.

Tableau récapitulatif des personnes interviewées pour établir le constat et affiner la question de départ :

Fonctions des personnes établissements	CGS	DSG	DSF	DG	DRH	C d S	Etudiant C d S
C.H.G	1	1	2			1	1
C.H.S	1	1	1	1	1	1	1
C.H.U	1	1	2		1	1	1
Total	3	3	5	1	2	3	3

CGS : Coordonnateur Général des Soins

DSG : Directeur des Soins Gestion

DSF : Directeur des Soins Formation

DG : Directeur Général d'établissement de santé

DRH Directeur des Ressources Humaines

C d S : Cadre de Santé

Etudiant C d S : étudiant Cadre de Santé

3.1.2 La détermination des hypothèses

Le constat et la question de départ m'ont ensuite conduit à déterminer les hypothèses de travail.

3.1.3 La construction de la grille d'entretien

Pour les raisons évoquées plus haut, cette phase de pré-enquête m'a confirmé dans le choix d'utiliser l'entretien semi-directif comme méthode de recueil d'informations auprès des acteurs durant l'enquête de terrain.

Au terme la phase de pré-enquête, la grille d'entretien semi-directif²³ a été construite à partir de l'adéquation de la question de départ avec les hypothèses et les trois caractéristiques du partenariat retenues pour cette étude, comme le précise le tableau suivant.

Adéquation entre La question de départ / les hypothèses / les trois caractéristiques du partenariat
--

QUESTION DE DEPART	HYPOTHESES	PARTENARIAT selon trois caractéristiques
	Le partenariat entre le Directeur des Soins Formation et le Directeur des Soins Gestion a peu d'influence sur l'amélioration des compétences des cadres de santé parce que :	<ul style="list-style-type: none">➤ codification de cette relation➤ matérialisation de cette relation➤ enjeux de pouvoirs des acteurs concernés

²³ Guide d'entretien de l'enquête terrain Annexe II

<p>Quelles formes et quels contenus doit avoir la collaboration Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion pour améliorer les compétences des cadres de santé ?</p>	<p><u>Hypothèse IV :</u> la formation commune des Directeurs des Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion à l'E.N.S.P. est encore trop récente pour fonder une culture et un mode d'action communs propices à générer les compétences des cadres de santé</p>	<p>1. codification de la relation partenariale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ pratiques de rapprochement informelles et formelles ➤ règles juridiques, financières, hiérarchiques ou fonctionnelles
<p>Ou</p> <p>En quoi la collaboration Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion peut contribuer à l'amélioration des compétences des cadres de santé ?</p>	<p><u>Hypothèse II :</u> les politiques et les projets de soins ne sont pas articulés avec les politiques et les projets de formation des cadres de santé</p> <p><u>Hypothèse III :</u> le développement des projets et travaux en commun des Directeurs de Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion est encore insuffisant</p> <p><u>Hypothèse I :</u> les enjeux du partenariat n'ont pas été élucidés pour fonder une véritable collaboration</p>	<p>2. matérialisation de la relation partenariale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ projets ➤ travaux, élaborés ensemble ou articulés entre eux <p>3. enjeux de pouvoirs des acteurs concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ territoires ➤ enjeux ➤ objectifs ➤ recherche identitaire ➤ conflit

Ensuite chaque type de questions posées dans l'entretien correspond à une hypothèse de départ comme le précise la grille d'entretien d'enquête en annexe II.

3.2 L'enquête de terrain

Elle s'appuie sur deux méthodes d'investigation. La première est constituée par des entretiens semi-directifs, la seconde par l'analyse de contenu de documents : relatifs à des collaborations entre des Directeurs des Soins Gestion et des Directeurs des Soins Formation, des projets de soins et des projets pédagogiques d'I.F.C.S.

Les moyens de recherche étant limités, cette étude ne prétend nullement à l'exhaustivité de l'exploration de la question traitée, mais permet seulement de l'approcher. Elle se limite à un recueil de données dans cinq établissements hospitaliers et quatre I.F.C.S. Elle pourrait être reproductible afin de généraliser ultérieurement les résultats obtenus.

3.2.1 L'entretien semi-directif²⁴

Les questions ont été élaborées au regard de chaque hypothèse. Ses objectifs étaient :

- de rechercher l'existence d'une relation de collaboration entre les Directeurs des Soins Gestion et les Directeurs des Soins Formation
- de qualifier cette collaboration dans le cadre d'une relation partenariale à partir de ses trois caractéristiques préalablement fixées : sa codification, sa matérialisation, les enjeux de pouvoirs des partenaires
- d'identifier l'impact de cette relation sur les compétences des cadres de santé à partir d'indicateurs²⁵ initialement fixés et ci après décrits.

3.2.2 L'analyse de contenu de documents internes, des projets de soins et des projets pédagogiques des I.F.C.S.

Les documents internes relatifs au développement des compétences des cadres de santé qui pouvaient matérialiser une collaboration, voire un partenariat entre les Directeurs des Soins Gestion et les Directeurs des Soins Formation, ont été recensés.

Ils ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu pour :

- Identifier les corrélations entre les projets de soins et les projets pédagogiques des I.F.C.S. et donc le niveau de collaboration ou de partenariat possible ou effectif entre le Directeur des Soins formation et le Directeur des Soins Gestion
- Mesurer l'impact de ce partenariat sur l'amélioration des compétences des cadres de santé à partir d'indicateurs initialement fixés.

²⁴ guide d'entretien enquête terrain annexe II

²⁵ Récapitulatif des indicateurs de mesure de l'influence de la collaboration Directeur des Soins Gestion / Directeur des Soins Formation sur l'amélioration des compétences des cadres de santé p25

3.2.3 La présentation du terrain d'investigation et des acteurs interviewés

A) Le terrain d'investigation

Afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de travail préalablement énoncées une enquête terrain a été réalisée dans cinq établissements : trois C.H.U. (C.H.U. A, C.H.U. B et C.H.U. C) un Centre Hospitalier Général (C.H.G.), un Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie (C.H.S.) et quatre I.F.C.S., dont trois sont rattachés aux C.H.U. explorés. Elle a été effectuée à l'aide d'entretiens et d'analyse de projets de soins et de projets d'école d'I.F.C.S. Elle a été complétée par le recensement et l'analyse de documents internes relatifs à l'évaluation et à l'amélioration des compétences des cadres de santé.

Le champ d'investigation a été choisi de façon à avoir approche élargie de la fonction des Directeurs des Soins et des cadres de santé dans différents lieux d'exercice.

B) Les acteurs interviewés et les documents étudiés

Les entretiens ont été menés auprès de Directeurs de Soins Gestion ou Coordonnateurs Généraux des Soins et de Directeurs de Soins Formation, Directeurs d'I.F.C.S. dans quatre régions différentes. Les documents internes recensés et analysés, la qualité et la répartition des interlocuteurs sont précisés dans le tableau ci-après.

Tableau récapitulatif des méthodes d'investigation et de lieux d'enquête

Régions	Etablissement	Projets de soins	Nombre minimum de travaux ou projets formalisés en collaboration avec l'I.F.C.S.	acteurs	I.F.C.S.	Projets Pédagogiques	acteurs
Ile de France	C.H.G.	1	2	CGS		1	DSF
	C.H.S.	1		CGS			
Normandie	C.H.U. A	1	3	DSG		1	DSF
Picardie	C.H.U.B	1	4	CGS		1	DSF
Nord Pas de Calais	C.H.U.C	1	3	CGS		1	DSF

GS : Coordonnateur Général des Soins DSG : Directeur des Soins Gestion

DSF : Directeur des Soins Formation

C.H.G. : Centre Hospitalier Général C.H.S. : Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

Au total :

- 9 entretiens ont été réalisés auprès de Directeurs de Soins Gestion ou de Coordonnateurs Généraux des Soins et de Directeurs de Soins Formation, Directeurs d'I.F.C.S.
- 5 projets de soins et de 4 projets pédagogiques ont été étudiés
- 10 travaux ou projets formalisés en relation avec des I.F.C.S. ont été recensés, dont : 1 référentiel métier de cadre supérieur de santé ; 3 procédures de suivi et d'intégration dans la fonction cadre de santé : de l'émergence du projet à la formation, jusqu'à la prise de fonction ; 3 procédures d'accompagnement dans un projet de formation de cadre supérieur de santé ; 2 projets de formation des cadres supérieurs de santé et 1 outil d'organisation des stages des étudiants cadres de santé.

Le nombre de travaux recensés (10) est inférieur à ceux utilisés en commun entre les établissements de soins et les I.F.C.S. (12), car pour les trois C.H.U. le projet de formation des cadres supérieurs est le même, c'est un travail de collaboration inter C.H.U.

3.3 Le traitement et l'analyse des informations

La durée des entretiens a été pour chacun d'environ une heure. Ils ont été retranscrits par écrit.

Les entretiens et les documents internes ont fait l'objet d'une analyse de contenu verticale et horizontale.

L'analyse verticale porte sur chaque entretien et documents internes pris séparément. Elle permet d'identifier l'existence du partenariat Directeur des Soins Gestion et Formation, d'en déterminer les éléments clés et de repérer son influence sur les compétences des cadres de santé.

L'analyse horizontale reprend chaque élément clé du partenariat de façon transversale dans l'ensemble des entretiens et des documents pour identifier les similitudes et les divergences et mesurer l'influence du partenariat Directeur des Soins Gestion / Directeur des Soins Formation sur l'amélioration des compétences des cadres de santé.

L'analyse verticale et horizontale est complétée par l'utilisation de deux outils : la grille d'identification des caractéristiques du partenariat ²⁶ et les indicateurs ²⁷ d'amélioration des compétences des cadres de santé. Ils permettent respectivement :

- de qualifier la place et le rôle des Directeurs des soins dans leur relation partenariale selon le modèle théorique proposé par Mokhtar KADDOURI dans la revue Education Permanente p 126 éditée à PARIS en 1997
- d'identifier l'amélioration des compétences des cadres de santé.

Les indicateurs de mesure de l'amélioration des compétences des cadres de santé ont été déterminés préalablement à l'enquête terrain. Ils sont de trois ordres :

- Les outils d'identification et d'évaluation des compétences des cadres de santé
- Les outils d'amélioration des compétences des cadres de santé
- La formalisation d'un travail en commun Directeur des Soins Gestion et Directeur des Soins Formation pour identifier, évaluer, améliorer les compétences des cadres de santé.

Ils ont été utilisés pour apprécier l'influence du partenariat entre le Directeur des Soins Gestion et le Directeur des Soins Formation sur les compétences des cadres de santé. Celle-ci est d'autant plus importante que les outils ou travaux répertoriés sont formalisés c'est à dire écrits en commun par les deux partenaires et utilisés par chacun d'eux.

²⁶ Grille d'identification des caractéristiques du partenariat DSF/DSG annexe III

²⁷ Indicateurs de mesure de l'influence de la collaboration DSG / DSF sur l'amélioration des compétences des cadres de santé Annexe V

Récapitulatif des indicateurs de mesure de l'influence de la collaboration

Directeur des Soins Gestion / Directeur des Soins Formation

sur l'amélioration des compétences des cadres de santé

Indicateurs d'amélioration des compétences des cadres de santé	Types travaux ou de d'outils recensés lors de l'enquête terrain	Type d'établissement hospitalier dans lesquels les travaux ou les d'outils ont été recensés : CHG, CHS, CHU	Elaboration et utilisation distincte DSG ou DSF	Elaboration et utilisation par le DSG et DSF
outils d'identification et d'évaluation des compétences des cadres de santé	<ul style="list-style-type: none">➤ Définition de poste➤ Profil de poste➤ Référentiel métier			
outils d'amélioration des compétences des cadres de santé	<ul style="list-style-type: none">➤ Procédure de suivi et d'intégration dans la fonction cadre de santé : de l'émergence du projet, à la formation, jusqu'à la prise de fonction➤ Procédure d'accompagnement dans un projet de formation de cadre supérieur de santé➤ Projet de formation des cadres supérieurs de santé➤ organisation des stages des étudiants cadres de santé			

Ensuite une synthèse des éléments recueillis a été effectuée et les résultats obtenus ont été comparés avec chaque hypothèse de départ.

Enfin une analyse globale est proposée pour apprécier l'intensité, la qualité de la collaboration Directeur des Soins Gestion / Directeur des Soins Formation et son influence sur les compétences des cadres de santé.

Des perspectives et des préconisations d'actions sont envisagées au regard des écarts identifiés entre les hypothèses et la réalité des situations observées.

4 LA PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE DE TERRAIN

4.1 L'analyse au regard des hypothèses

La confrontation des informations recueillies avec les hypothèses émises au départ met en exergue les éléments suivants :

4.1.1 Hypothèse I :

les enjeux du partenariat Directeur de Soins Gestion et Directeur des Soins Formation n'ont pas été élucidés pour fonder une véritable collaboration.

A) Les prémices d'un partenariat : une collaboration de plus en plus effective

Les Directeurs des Soins Gestion et Formation ont la volonté de travailler ensemble sur des projets intéressant l'amélioration des compétences des cadres de santé. La mise en œuvre des réformes²⁸ pour rénover l'hôpital, son organisation et son fonctionnement, en particulier sa réorganisation par pôles d'activités, exigent de nouvelles compétences de la

²⁸ - circulaire du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière

- ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

- décret n°2005-421 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

part des cadres de santé. Cette évolution amène les Directeurs des Soins Gestion à réexaminer la fonction cadre de santé et à rechercher via la formation des moyens pour acquérir les compétences requises par son exercice.

Les projets de collaboration se situent à deux niveaux.

Le premier pour les cadres de santé de proximité, il se matérialise par une procédure qui vise à repérer et à valider chez les soignants des potentialités cadres et à les accompagner dans une démarche qui va de l'émergence d'un projet de formation cadre jusqu'à la prise de fonction de cadre de santé. Ce projet d'accompagnement et d'intégration des nouveaux cadres de santé de proximité est d'autant plus formalisé c'est à dire écrit, validé par des instances institutionnelles et inscrit dans une politique d'encadrement portée par une dynamique d'établissement que les acteurs sont proches et que le centre hospitalier est important, qu'il comporte un I.F.C.S. et assure une mission d'enseignement et de recherche telle que dans C.H.U.

Le second, pour les cadres supérieurs de santé se concrétise, par une formation organisée par l'I.F.C.S. et l'université, reconnue au niveau master II dans le système L.M.D. Ce diplôme complète celui de Cadre de Santé délivré à l'issue de la formation initiale effectuée à l'I.F.C.S. Il inscrit la formation et la fonction cadre de santé dans un continuum qui leur permet d'abord d'exercer au sein d'une unité de soins et ensuite au niveau d'un pôle avec une vision plus prospective de leur fonction. Ce deuxième niveau d'acquisition de connaissances conduit les Directeurs des Soins Gestion et Formation à élaborer ensemble un référentiel d'activités ou d'emploi du cadre supérieur de santé en amont du Dispositif de Formation. Cette collaboration s'insère dans une démarche d'ingénierie des compétences.

La formalisation et la multiplication des travaux communs, en particulier ceux concernant l'accompagnement et le suivi des cadres dans leurs nouvelles fonctions et le perfectionnement des cadres supérieurs de santé, prouvent l'investissement des protagonistes dans cette collaboration.

Celle-ci est souvent mue par l'urgence des réformes et la mise en place de la nouvelle gouvernance. Elle reste encore ponctuelle par rapport à des projets spécifiques et à la demande de nouvelles compétences par les lieux d'exercice professionnel.

B) Une recherche identitaire à travers le partenariat : préserver ou réhabiliter son identité professionnelle

Les relations professionnelles des acteurs se basent au départ sur des affinités personnelles conviviales qui favorisent le travail en commun. Cependant chacun préserve son territoire : les soins ou la formation. Pour le Coordonnateur Général des Soins d'un Centre Hospitalier Général : « *L'organisation des moyens indispensables à la qualité des soins reste de ma prérogative et de ma responsabilité, la formation y contribue* ». Pour un Directeur d'I.F.C.S. : « *L'écart entre la formation et le terrain est nécessaire pour avoir un regard critique sur les pratiques et ainsi les améliorer. La formation ne doit pas être soumise à la demande exclusive de la direction des soins de l'hôpital* ».

Ces remarques délimitent leurs champs d'action respectifs et permettent d'entrevoir leurs enjeux personnels et professionnels.

La tentative de typologisation du partenariat entre le Directeur des Soins Gestion et le Directeur des Soins Formation²⁹ fait apparaître que ces acteurs ont des stratégies de préservation ou de réhabilitation identitaire en fonction de la place qu'ils occupent dans l'institution. Ceci induit une méfiance plus ou moins grande à l'égard d'un éventuel partenariat. L'investissement dans cette relation se mesure à l'aune du bénéfice que chacun peut en retirer pour conforter sa position institutionnelle. La mise en place de la nouvelle gouvernance, le recentrage de la formation sur la région et son universitarisation amènent les Directeurs des soins à redéfinir leurs rôles, à conserver ou à réaffirmer leur reconnaissance.

Lorsque leur utilité à la direction du service de soins ou de la formation est remise en question ils cherchent à conserver leur position institutionnelle. Lorsque leur identité est fortement contestée, ils s'engagent dans une démarche de préservation identitaire intra et inter institutionnelle, ils se replient sur eux même et s'investissent peu dans le partenariat qui constitue plutôt une menace qu'un réel bénéfice. Cette attitude se manifeste surtout chez les Directeurs des Soins du Centre Hospitalier Général et du Centre Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie. Ce manque d'investissement est marqué par une moindre formalisation des travaux communs : peu ou pas d'écrit, pas d'instances de production et de régulation de travail, pas d'inscription dans une politique institutionnelle. En revanche lorsque leur identité est seulement ébranlée mais ne remet pas en cause leur position et leur utilité institutionnelle, les Directeurs de soins se retrouvent dans une stratégie de

²⁹ Grille d'identification des caractéristiques du partenariat DSF/DSG annexe III

réhabilitation ou de « crédibilisation » identitaire à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Le partenariat acquiert alors une fonction de reconstruction et de légitimation identitaire dans lequel les acteurs s'investissent beaucoup plus. Cet investissement se traduit par une production et une formalisation plus importante des travaux communs.

Même si les enjeux institutionnels de réussite des réformes et la proximité des acteurs favorisent la collaboration Directeurs des Soins Gestion et Formation, celle-ci s'exerce dans un cadre qui n'est pas codifié par des règles écrites. Cette codification peut prendre la forme d'un véritable contrat qui fixe la place, le rôle des acteurs, les objectifs communs, les moyens et méthodes dévolues à cette action partenariale. Cette absence de cadre et de codification interroge sur la reconnaissance de l'efficacité d'un partenariat entre les Directeurs des Soins pour favoriser les compétences des cadres de santé et surtout sur sa pérennité au-delà de la bonne volonté des acteurs en place.

A l'égard du partenariat les Directeurs des Soins sont certes intéressés en fonction les bénéfices personnels et professionnels qu'ils pourraient en retirer pour conforter leurs positions respectives, mais ils restent méfiants et s'y investissent prudemment par peur d'y perdre leur identité. Ils sont conscients de la nécessité d'un véritable partenariat formalisé pour pérenniser leur action. Ils restent prudents quant à cette formalisation car elle délimite leurs pouvoirs respectifs et aussi face aux autres pouvoirs de l'organisation.

4.1.2 Hypothèse II :

les politiques et les projets de soins ne sont pas articulés avec les politiques et les projets de formation des cadres de santé

A) Une articulation unilatérale entre les projets de soins et les projets pédagogiques

L'ensemble des Directeurs des Soins est favorable à l'articulation entre ces deux projets. Lorsque les I.F.C.S. font partie de l'établissement hospitalier tel que dans les C.H.U., leurs Directeurs ou leurs représentants ont été invités à l'élaboration du projet de soins et participent à son comité de pilotage.

A l'inverse les Directeurs des Soins Gestion ne participent pas à la conception du projet pédagogique de l'I.F.C.S., ce que la plupart déplorent. Ils sont invités à sa présentation au début de chaque année scolaire. Ils sont rarement consultés par l'I.F.C.S. sur leurs attentes en matière de compétences requises par les cadres de santé de proximité.

« *J'attends toujours d'être invité aux réunions pédagogiques* » remarque le Coordonnateur Général des Soins d'un C.H.U., qui pourtant entretient d'excellentes relations avec le Directeur de l'I.F.C.S. Ils pensent avoir un intérêt à donner leur avis sur la fonction, le rôle et la place du cadre surtout dans le contexte actuel en pleine mutation de l'hôpital.

Dans les C.H.U. les Directeurs des Soins Gestion affichent une politique d'encadrement formalisée comme en témoignent les procédures d'accompagnement dans un projet cadre et d'aide à la prise de poste après la formation à l'I.F.C.S. Cette politique d'encadrement est en voie de formalisation dans les autres établissements.

Elle s'appuie sur le projet d'établissement qui décline le projet de gestion dans lequel le cadre de proximité joue un rôle pivot dans la mise en œuvre de la politique de soins. Dans le projet de soins, le cadre apparaît en filigrane et en soutien aux actions envisagées, par exemple la définition du rôle du cadre dans la conduite de projet ou dans la coordination des acteurs. « *Préciser en coopération les zones d'interface et d'autonomie de l'encadrement médical et paramédical dans l'organisation des soins* » indique le projet de soins d'un Centre Hospitalier Général.

Les projets de soins insistent sur l'importance de la formation des soignants pour maintenir et accroître leurs compétences indispensables à la qualité des soins. Celui d'un C.H.U. précise ce point dans le chapitre « *Accompagnement et mobilisation des potentiels humains : le développement des compétences des professionnels s'inscrit dans la politique de formation de l'établissement. Aider et accompagner les cadres de santé à formaliser leurs projets de formation dans une approche pluridisciplinaire en favorisant les formations au regard des projets de services* ».

Les projets pédagogiques des I.F.C.S. ne mentionnent guère les politiques et les projets de soins des établissements. Selon les Directeurs des Soins Formation, les I.F.C.S. ont plus vocation à former dans une dimension régionale ou inter-régionale que locale. Il est par conséquent difficile d'intégrer de multiples projets de soins au projet pédagogique d'un I.F.C.S.

La lecture des différents projets pédagogiques fait apparaître la conception du cadre mais pas explicitement l'énoncé de son rôle dans la mise en œuvre du projet de soins. Ce rôle est défini de façon plus large et générale par rapport aux différents projets institutionnels. Cet aspect interroge sur la spécificité du cadre de santé dans sa fonction d'encadrement. Ce qui pourrait fonder la spécificité du cadre de santé, c'est à dire le soin, n'apparaît pas.

Les projets de soins et de formation ont tous deux une finalité commune: la qualité des soins. Cependant ils sont conçus séparément sans vraiment de collaboration préalable entre les Directeurs des Soins Formation et Gestion. Ils sont peu articulés entre eux pour exprimer une politique commune intégrant la formation au service du projet de soins, de la qualité des soins et de leur organisation.

B) Des éléments favorables à une formalisation des liens entre les projets de soins et les projets pédagogiques.

Des valeurs humanistes communes sur la conception de l'être humain, de son autonomie, de son développement sont énoncées dans les deux types de projets.

L'organisation des stages des étudiants est basée sur l'alternance intégrative qui rapproche le lieu d'exercice professionnel de la formation en le considérant comme lieu d'apprentissage et d'expression des compétences du futur cadre. La procédure d'encadrement en stage des étudiants décrite dans le projet pédagogique est reprise et formalisée dans un document institutionnel autre que le projet de soins.

Les projets pédagogiques n'expliquent pas en quoi **l'exploitation des situations et le partage d'expériences professionnelles** participent à l'enseignement de l'analyse des pratiques professionnelles au cours du module 3 de la formation des cadres de santé.³⁰ Cette analyse réflexive des pratiques professionnelles pourrait à la fois nourrir la formation des cadres et la gestion des soins pour les rendre plus efficaces.

Les critères et les procédures d'évaluation des futurs cadres de santé de la sélection des candidats à l'entrée de l'I.F.C.S. jusqu'à leur sortie lors du Diplôme de Cadre de Santé sont décrits dans les projets pédagogiques, mais jamais évoqués dans les projets de soins.

Les projets de soins promeuvent **la recherche en soins**, mais ne font pas référence aux travaux tels que les **mémoires des étudiants** cadres qui pourraient l'alimenter.

Les **éléments favorables à une formalisation des liens entre les deux types de projets sont surtout visibles dans les projets pédagogiques** mais peu repris et

³⁰ Programme de la formation de cadre de santé selon l'annexe à l'arrêté du décret n°95-956 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

rarement utilisés dans les projets de soins à des fins d'amélioration des pratiques professionnelles.

C) De l'élaboration d'une politique de formation de l'I.F.C.S. articulée à la politique de soins des établissements

De nombreux éléments peuvent favoriser l'élaboration du projet pédagogique de l'I.F.C.S. en cohérence avec le(s) projet(s) de soins des établissements et contribuer à les articuler entre eux.

La volonté et l'engagement des deux partenaires Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion sont indispensables.

La qualité des soins est un élément fédérateur. Elle oblige à fonder les politiques de formation et de soins sur une conception commune du soin et à se référer à des valeurs humaines et humanistes communes.

La politique d'encadrement des soignants de l'établissement procède assez souvent de réflexions émises dans la politique de formation des I.F.C.S.

L'ensemble de ces éléments incite à une réflexion commune sur la place et le rôle de l'encadrement soignant dans la mise en œuvre d'une politique de soins.

L'articulation entre la politique de soin et la politique de formation des I.F.C.S. est souhaitée par les Directeurs des Soins Gestion. Les Directeurs des Soins Formation sont persuadés de l'intérêt des liens entre ces deux politiques, mais sont plus mesurés quant à la façon de les intégrer et à les formaliser dans le projet pédagogique, peut-être par peur d'une perte d'une part de leur identité, la formation, qui fonde leur action. Il reste donc à trouver un point de recentrage de l'action des Directeurs des soins et à exploiter les éléments susceptibles de liens pour mieux articuler entre elles les politiques de soins et de formation.

4.1.3 Hypothèse III :

le développement des projets et travaux en commun des Directeurs de Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion est encore insuffisant.

A défaut de mieux élaborer ensemble les projets de soins et les projets pédagogiques, les Directeurs des Soins multiplient les projets et les travaux en commun relatifs à l'amélioration des compétences des cadres de santé. Lors de l'enquête de terrain ils ont

été recensés partout à raison d'au moins un par établissement à trois pour les plus productifs³¹. Ils concernent les cadres de proximité et les cadres supérieurs de santé. Ils sont constitués par des référentiels d'activité de ces cadres, des procédures d'évaluation des potentialités et des capacités à l'exercice de la fonction d'encadrement, des procédures d'accompagnement dans la formation et dans la prise de fonction cadre, des dispositifs de formation des cadres supérieurs de santé eu égard aux compétences exigées par la mise en place de la nouvelle gouvernance et en particulier des pôles.

Cette production commune débouche sur des outils utilisés au sein des établissements ou des lieux de formation pour évaluer les compétences des cadres et les améliorer. Elle témoigne du souci constant des Directeurs des soins d'adapter la fonction d'encadrement aux évolutions de l'hôpital. Elle participe à la reconnaissance de l'identité et de la fonction de Directeur des soins comme le témoigne l'impulsion donnée par les Directeurs Généraux de C.H.U. pour promouvoir un dispositif de formation des cadres supérieurs de santé au sein d'un groupe de recherche et d'innovation inter-régional de quatre C.H.U.

Les travaux communs émanent de la volonté première des Directeurs des Soins. Leur argumentation auprès des Directeurs d'établissement leur permet d'obtenir leur soutien et de dégager les moyens nécessaires à ce type de projet, en particulier du temps agent, des moyens de communication, des locaux et parfois, lorsque nécessaire, des contacts avec des responsables universitaires.

Sous la pression de l'évolution du contexte professionnel, les Directeurs des Soins Gestion ont ressenti la nécessité de travailler avec des spécialistes de la formation sur ces projets communs. De même les Directeurs des Soins Formation n'envisageaient pas de bâtir des dispositifs de formation ou d'amélioration des compétences des cadres supérieurs de santé sans le concours de leurs collègues de la Gestion.

Lorsque les possibilités de collaboration sont envisagées sous l'angle de la complémentarité des deux fonctions inscrite dans le décret 2002-550 portant statut particulier du corps des Directeurs de Soins³², seule la formation continue des cadres de santé, dont celle destinée aux cadres supérieurs de santé, et la mise place d'une cellule de recherche en soins font l'objet de travaux communs. Il n'a pas été répertorié de projets de collaboration relatifs à la politique de gestion des risques et à l'évaluation des

³¹ c.f. tableau récapitulatif des méthodes d'investigation et de lieux d'enquête p 22

³² Identification des éléments de collaboration entre les Directeurs des Soins Gestion et les Directeurs des Soins Formation selon l'analyse du décret 2002-550 portant statut particulier des Directeurs de Soins annexe IV

pratiques professionnelles. Donc les chantiers de coproduction restent largement ouverts et à investir.

Les Directeurs des Soins sont une force de propositions qui aboutissent à des réalisations concrètes pour promouvoir les compétences des cadres de santé. Sur ce point, les travaux communs ont tendance à se multiplier. Cependant ils constituent une réponse au coup par coup à des demandes ponctuelles. Lorsqu'ils sont portés institutionnellement, ces travaux prennent une dimension politique car ils s'intègrent au projet de gestion de l'établissement. Ils instrumentent une politique d'encadrement implicite pour certains établissements, clairement définie et formalisée pour les C.H.U.

Les Directeurs des Soins Gestion et Formation semblent saisir les opportunités pour travailler ensemble. Ils développent des travaux communs, notamment par rapport à la formation des cadres supérieurs de santé, au tutorat et à l'intégration des nouveaux cadres de santé. La recherche en soins est une préoccupation commune. Au stade actuel de l'initiation, elle reste encore largement à travailler.

Les projets et travaux communs doivent encore s'accroître pour concrétiser la complémentarité des fonctions Directeur des Soins Gestion et Directeur de soins Formation et l'asseoir dans un véritable partenariat.

4.1.4 Hypothèse IV :

la formation commune des Directeurs de Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion à l'E.N.S.P. est encore trop récente pour fonder une culture commune et un mode d'action propice à générer les compétences des cadres de santé.

L'ensemble des Directeurs des Soins interrogé n'a pas eu de socle de formation commune à l'E.N.S.P. La connaissance de leurs fonctions respectives Formation et Gestion repose sur leur expérience professionnelle et leurs représentations sociales. Aucun n'a eu de mobilité entre les deux fonctions. Certains Directeurs des Soins Gestion l'envisagent, à l'inverse les Directeurs des Soins Formation ne l'évoquent pas. Un Coordonnateur Général des Soins estime qu'il n'y a pas fondamentalement de différence entre les deux fonctions puisque leur champ d'action est la politique et la stratégie. Il illustre son propos ainsi : *«les Directeurs des Soins Gestion et les Directeurs des Soins Formation font le même métier, seuls les lieux d'exercice diffèrent.»*

Par contre les Directeurs des Soins Formation considèrent que « *la direction d'un Institut de Formation nécessite une expérience et des capacités pédagogiques qui ne s'improvisent pas* ».

Le frein à la mobilité professionnelle viendrait plutôt du côté de la formation.

Au-delà des affinités personnelles, leurs pratiques professionnelles les encouragent à travailler ensemble pour trouver des moyens de favoriser la qualité de la gestion des soins et de la formation. La compétence des cadres constitue un point d'ancrage à leurs préoccupations. Pour les Directeurs des Soins enquêtés, ce n'est pas la formation commune à l'E.N.S.P. qui fonde leur action commune, mais plutôt un désir d'amélioration des situations professionnelles pour garantir la qualité des systèmes de prestations : soins et formation.

Cependant dans cette collaboration ils tiennent à conserver leurs identités professionnelles respectives. Celles-ci leurs sont conférées par leurs capacités à gérer les moyens nécessaires à la production des soins et à la fabrication de savoirs qui président à l'expression des compétences.

Ils s'efforcent de préserver leurs territoires et leurs zones d'influence. Ils tentent de les agrandir du côté de la gestion ou de la formation en empiétant, si besoin, sur le champ d'action de leur partenaire.

Pour certains Directeurs des Soins Formation cette tentative est vécue comme une incursion ou une perte éventuelle de pouvoir. Ils sont pourtant conscients du fait qu'ils tiennent leur légitimité du lieu d'expression de la compétence des cadres qui est celui des établissements et des services de soins. Le projet pédagogique d'un I.F.C.S. renforce cette vision de l'alternance intégrative dans la formation des cadres : « *La formation des cadres de santé s'appuie sur le principe de l'alternance intégrative, c'est à dire sur une démarche reposant sur le rapprochement travail et formation..... Pour l'étudiant, il s'agit d'ancrer sa formation dans la réalité quotidienne de celui qui exerce l'activité d'encadrement ou de formation au plus près de celle-ci, c'est à dire des cadres en exercice dans les établissements de santé* ».

La culture commune des Directeurs des Soins est en voie de constitution poussée par les nécessités des lieux de production de soins. La formation commune à l'E.N.S.P. peut contribuer à la fonder, mais trop récente ses effets sont peu perceptibles sur la fonction de Directeur des Soins et donc encore moins sur la génération des compétences des cadres de santé.

Le décret 2002-550 qui régit le statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la Fonction Publique Hospitalière offre de multiples possibilités pour favoriser le partenariat de Directeurs des Soins jusqu'à l'intégration de la gestion et de la formation au sein d'une même fonction³³.

4.2 L'analyse globale des résultats : de l'influence du partenariat entre le Directeur des Soins Formation et le Directeur des Soins Gestion sur les compétences des cadres de santé

4.2.1 De la collaboration au partenariat Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion : une relation en voie de construction

L'analyse des données recueillies comparée aux hypothèses de départ montre que les Directeurs des Soins Gestion et Formation sont engagés dans un processus de collaboration dont l'intensité de la production est proportionnelle à la proximité institutionnelle des acteurs, à leurs affinités personnelles facilitant une communication interpersonnelle et suscitant l'envie de travailler ensemble. La bonne entente des acteurs permet d'amorcer une collaboration. Cependant trop liée aux personnes, elle est insuffisante pour en assurer sa pérennité et porter au niveau institutionnel la politique de soins et de formation définie par les Directeurs des Soins.

Les acteurs trouvent un intérêt à faire évoluer cette collaboration potentiellement conflictuelle³⁴ vers une relation porteuse de sens et productrice de compétences pour affirmer ou consolider leur situation et leur identité professionnelle.

La clarification de leurs enjeux respectifs, de leurs zones d'influence et le recentrage sur l'objectif d'arrivée : la qualité des soins peut les aider à dépasser le stade du conflit pour évoluer vers celui du partenariat solide. Néanmoins sa construction se heurte à des problématiques de pouvoir qui altèrent les relations entre les différents partenaires et ralentissent la production de leurs projets et de leurs travaux communs.

³³ Identification des éléments de collaboration entre les Directeurs des Soins Gestion et des Directeurs des Soins Formation selon l'analyse du décret 2002-550 portant statut particulier des Directeurs de Soins Annexe IV

³⁴ ZAY Danièle « Le partenariat en éducation et en formation : l'émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? » revue Education Permanente n°131 1997 p23

Le degré d'investissement des acteurs dans cette relation va de pair avec l'importance, la stabilité et la reconnaissance de leur position institutionnelle.

Cette collaboration peut évoluer vers un partenariat si :

- les rapports entre les acteurs sont définis par des règles de fonctionnement c'est à dire codifiés,
- la place et le rôle de chacun sont déterminés en fonction de la clarification de leurs enjeux,
- cette relation est productrice d'une multiplication de projets concrets, utilisables, propres à améliorer les situations de travail, d'envergure intra et extra institutionnelles et intégrés dans la politique générale de développement de l'établissement de soins et de formation.

Pour en assurer la solidité, l'élément fondateur de ce partenariat est la détermination d'une identité Directeur des Soins assise sur des bases communes aux secteurs d'activité de la gestion et de la formation. Les effets de la formation actuelle des Directeurs des Soins à l'E.N.S.P. qui contribue à forger cette identité ne sont pas encore perceptibles sur cet éventuel partenariat, car elle est trop récente. Les Directeurs des Soins Gestion et Formation trouveront un bénéfice identitaire en passant d'une « relation potentiellement conflictuelle », selon Danièle ZAY³⁵ dans son analyse du partenariat en formation professionnelle, à une relation gagnant-gagnant productrice de sens et initiatrice de projets. Ainsi pourront-ils donner une assise politique à leur action.

La démarche vers une relation partenariale peut constituer une stratégie dans une recherche et une reconnaissance identitaire³⁶, comme l'explique la tentative de « typologisation » du partenariat en formation professionnelle proposée par Mokhtar KADDOURI.

³⁵ Ibid p 36

³⁶ Mokhtar KADDOURI «Partenariat et stratégies identitaires, une tentative de typologisation » revue Education Permanente n°131 1997 pp109-125

4.2.2 De l'influence du partenariat Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion sur l'amélioration des compétences des cadres de santé

Le retour sur la question de départ :

Quelles formes et quels contenus doit avoir la collaboration Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion pour améliorer les compétences des cadres de santé ?

Ou

En quoi la collaboration Directeur des Soins Formation et Directeur des Soins Gestion peut contribuer à l'amélioration des compétences des cadres de santé ?

a été effectué à l'aide des indicateurs permettant de mesurer l'influence de la relation entre les Directeurs des Soins Formation et les Directeurs des Soins Gestion sur l'amélioration des compétences des cadres de santé³⁷.

Ces indicateurs sont constitués par la présence et l'utilisation distincte ou conjointe par les Directeurs des soins Gestion et Formation :

- D'outils d'identification et d'évaluation des compétences des cadres de santé : définition de poste, profil de poste, référentiel métier
- D'outils d'amélioration des compétences des cadres de santé : procédure de suivi et d'intégration dans la fonction cadre de santé : de l'émergence du projet à la formation, jusqu'à la prise de fonction; procédure d'accompagnement dans un projet de formation de cadre supérieur de santé; projet de formation des cadres supérieurs de santé; organisation des stages des étudiants cadres de santé.

Ces indicateurs³⁸ montrent que les outils d'identification, d'évaluation et d'amélioration des compétences des cadres de santé sont d'autant plus nombreux, validés institutionnellement et utilisés que cette relation partenariale est en voie de constitution.

Cette relation commence alors à influencer les compétences des cadres de santé de leur identification à leur évaluation pour aboutir à leur développement.

³⁷ Ibid p 24

³⁸ Ibid p 37

L'hôpital est un lieu de haute technologie dans lequel le hasard et l'improvisation n'ont pas leurs places. La qualité de sa production, c'est à dire les soins, repose sur l'entretien et l'amélioration des compétences de ses professionnels de santé et en particulier celles des cadres de santé qui sont garants de l'organisation des moyens pour l'atteindre. La question des compétences est au cœur de la qualité des soins. L'influence des Directeurs des Soins sur ces compétences est fondamentale.

5 LES PERSPECTIVES ET LES PRECONISATIONS D' ACTIONS

Le partenariat Directeur des Soins Gestion / Directeur des Soins Formation est en cours de construction. Ses effets commencent à être perceptibles sur la production des compétences des cadres de santé.

Sa construction implique l'identification de tous les partenaires de cette relation qui ne se limite pas aux Directeurs des Soins, mais s'étend aussi à leurs premiers intéressés : les cadres de santé.

L'accélération de ce processus relationnel est conditionnée par la valeur et la dimension de l'identité professionnelle des Directeurs des Soins.

5.1 La construction d'une identité professionnelle : Directeur des Soins

La formation à l'E.N.S.P. facilite la construction de l'identité professionnelle par l'acquisition d'une culture commune propice à la compréhension mutuelle et à la diminution de certaines appréhensions.

Sa durée actuelle rend difficile l'intégration des deux fonctions Gestion et Formation. Cependant elle peut inciter à la mobilité professionnelle. La rallonger paraît illusoire, mais l'aménager pour prévoir des espaces communs de réflexion peut être envisagé. Actuellement réduits ils ne permettent pas d'échanger sur les fonctions respectives, complémentaires et intégrées des Directeurs des Soins. Au delà de leur expertise en Gestion des soins ou en Formation, les Directeurs des Soins peuvent se rejoindre sur leur objet commun : le soin. Le recentrage sur celui-ci est une démarche fédératrice qui donne du sens à leur action. Il leur permet d'identifier les fondements d'une politique de soin et de formation pour les articuler ensemble ou au mieux n'en faire qu'une. Le temps consacré à l'Éthique, dans l'actuel programme, laisse à penser que l'acquisition des outils nécessaires à l'exercice de la fonction des Directeurs des Soins prime sur la façon de les

utiliser et sur la portée de leur utilisation. Améliorer cette partie de l'enseignement est une piste à explorer.

Amorcée dès la formation, l'identité professionnelle se façonne tout au long de la carrière au gré des expériences professionnelles.

Les transformations des situations professionnelles sont une opportunité pour mettre en place un partenariat. Les Directeurs des Soins peuvent saisir toutes les occasions d'évolution des systèmes de soins et de formation pour travailler ensemble et devenir des acteurs incontournables des changements en cours.

La réussite de ce partenariat peut-être liée au respect d'un certain nombre d'étapes clés à ne pas occulter. Elle me conduit à proposer le guide de référence suivant :

5.2 Un guide de référence pour la construction d'un partenariat générateur de compétences

**Guide de mise en place d'un partenariat
Directeur des Soins Formation / Directeur des Soins Gestion
pour développer les compétences des cadres de santé**

Conditions préalables à la mise en œuvre d'un partenariat

Directeur des Soins Formation / Directeur des Soins Gestion

- Un environnement interne et externe favorable ou des contraintes fortes nécessitant de s'interroger sur l'évolution de l'activité des établissements de soins et son incidence sur les nouveaux besoins en compétences des cadres de santé.
- Une volonté politique émanant des Directeurs des Soins Formation et des Directeurs des Soins Gestion pour s'engager dans une démarche partenariale
- Un soutien de la Direction des établissements pour dégager les moyens matériels et humains éventuellement nécessaires à la mise en œuvre de ce partenariat
- Une clarification des enjeux des partenaires
- Une stabilité de leur situation institutionnelle

- Avoir un projet, une ambition déterminant des axes de développement de ce partenariat
- Identification des besoins en compétences des cadres de santé.
- Elaboration d'une méthode et d'une stratégie appropriées à la situation et au contexte de(s) l'établissement(s) pour mettre en œuvre ce partenariat
- Validation de la démarche partenariale par les acteurs concernés pour l'inscrire dans un cadre institutionnel

LES HUIT ETAPES DE LA MISE EN PLACE D'UNE DEMARCHE PARTENARIALE

- ① La délimitation de la zone d'action respective des partenaires
- ② La délimitation de leur zone d'action commune : la production des compétences des cadres de santé
- ③ La définition de valeurs qui fondent l'action commune
- ④ La codification et la régulation des rapports entre les partenaires par la mise en place d'une charte
- ⑤ L'identification des objectifs de départ propres à chacun des partenaires
- ⑥ La détermination de l'objectif commun d'arrivée : développer les compétences des cadres de santé, décliné en objectifs opérationnels
- ⑦ Le répertoire et la description des moyens et des méthodes possibles à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif commun d'arrivée : développer les compétences des cadres de santé
- ⑧ La description du système d'évaluation, à partir d'indicateurs permettant de mesurer l'efficacité de ce partenariat³⁹

³⁹ Indicateurs de mesure de l'influence de la collaboration DSG / DSF sur l'amélioration des compétences des cadres de santé Annexe V

Seule l'étape ⑦ est développée ci-après :

***Le répertoire et la description des moyens et outils possibles,
à mettre en œuvre pour améliorer les compétences des cadres de santé***

- L'organisation des stages des étudiants avec :
 - la mise en place d'un tutorat,
 - l'exploitation des situations professionnelles pour permettre une analyse réflexive des pratiques professionnelles⁴⁰

- La procédure d'accompagnement dans la réalisation d'un projet pour devenir cadre de santé : de l'identification des potentialités à la prise de fonction cadre

- La participation des Directeurs des Soins aux jurys de validation des travaux des étudiants cadres⁴¹

- L'accompagnement des étudiants cadres lors de la réalisation de leur mémoire

- La création d'une cellule de recherche en soins et sur la formation des professionnels de santé

- L'animation d'un observatoire de l'évolution de la fonction de cadre de santé pour adapter en permanence le système de formation de l'I.F.C.S. à la demande des établissements de soins

Une des attentes principales de la hiérarchie par rapport aux compétences des cadres de santé est de savoir se situer dans un processus décisionnel aux niveaux institutionnel et par rapport à l'équipe soignante pour faciliter l'adaptation des professionnels de santé aux changements.

⁴⁰ Module 3: Analyse des pratiques et initiation à la recherche, du Programme de la formation de cadre de santé selon l'annexe à l'arrêté du décret n°95-956 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

⁴¹ Validation du module 4: fonction d'encadrement, du Programme de la formation de cadre de santé selon l'annexe à l'arrêté du décret n°95-956 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

A celle là les Directeurs des Soins peuvent y répondre concrètement en élaborant et en mettant en place conjointement deux de ces moyens et outils :

- Le premier à l'initiative du Directeur des Soins Gestion :
la procédure d'accompagnement dans la réalisation d'un projet pour devenir cadre de santé : de l'identification des potentialités à la prise de fonction cadre
- Le second sous l'impulsion du Directeur des Soins Formation, Directeur de l'I.F.C.S. :
l'observatoire de l'évolution de la fonction de cadre de santé.

La procédure d'accompagnement dans la réalisation d'un projet pour devenir cadre de santé : de l'identification des potentialités à la prise de fonction cadre

Elle comprend six phases :

- l'émergence de la demande du candidat à la fonction cadre
- la validation de la demande et l'engagement institutionnel
- la mise en situation professionnelle pour tester ses capacités et potentialités
- la préparation au concours d'entrée en I.F.C.S.
- l'accompagnement durant la formation cadre : le stage « tutoré »
- l'aide à la prise de fonction durant les six premiers mois après l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé

La collaboration des Directeurs des Soins Gestion et Formation intervient dès l'élaboration de cette procédure pour définir leurs valeurs communes et délimiter leurs zones d'actions communes et respectives, jusqu'à de la mise en place de chacune de ses six étapes.

Leurs **valeurs communes** se fondent sur leur conception :

- du cadre de santé : ses missions, sa place et son rôle, conformément à la réglementation en vigueur :

L'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé précise que le : « Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants ».

Le Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la Fonction Publique Hospitalière rend obligatoire le Diplôme de Cadre de Santé pour exercer ces fonctions,

- du soin, de ses bénéficiaires, de son organisation et de sa qualité conformément aux normes édictées par la Haute Autorité en Santé.

Leur zone d'action commune est délimitée par le consensus qu'ils trouvent pour définir la fonction du cadre de santé par rapport à leurs conceptions et à la réalité du travail d'encadrement. Cette définition s'appuie sur le référentiel de compétences proposé par la D.H.O.S. dans le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière alimenté par les réflexions des cadres de santé de l'établissement de soins et de l'I.F.C.S. au sein d'un groupe qu'ils pilotent.

Cette définition de fonction fait l'objet d'une validation institutionnelle par la hiérarchie, les titulaires de l'emploi et les partenaires sociaux.

La constitution, le pilotage et la production du groupe sont codifiés par des règles préalablement édictées par les Directeurs des Soins et validées par les participants.

La fonction cadre de santé, ainsi définie, constitue un référentiel de compétences local cohérent avec la réalité de l'exercice professionnel.

Cette zone d'action recouvre également tous les échanges que les Directeurs des Soins ont pour extraire de ce référentiel les savoirs nécessaires à la compétence des cadres de santé. Ces savoirs ainsi identifiés permettent de déterminer le(s) dispositif(s) de formation adéquates pour les acquérir. Cette acquisition s'effectue par l'apprentissage en alternance qui associe formation et emploi. Cette association a pour double effet d'améliorer la qualité des pratiques professionnelles par l'analyse réflexive et d'adapter en permanence la formation aux attentes du terrain.

La construction des outils d'identification, d'appréciation et d'amélioration des compétences des cadres de santé imbrique l'activité et la responsabilité des Directeurs des Soins. Par contre leur utilisation, suivant leur finalité, peut les faire diverger et délimiter des zones d'action respectives dans le champ de la gestion des Soins ou de la Formation.

En effet, le référentiel local de compétences peut servir d'outil d'évaluation du cadre de santé pour l'aider soit dans sa progression professionnelle ou soit en formation ou les deux à la fois.

Les prérogatives des Directeurs des Soins Gestion et Formation sont scellées dans un document qui s'intitule « *de l'émergence de la fonction cadre jusqu'à la prise de fonction* ». A chaque étape de cette procédure d'accompagnement des cadres de santé dans l'acquisition et l'expression de leurs compétences, il stipule l'action conjointe, dissociée et complémentaire des Directeurs des Soins.

Si l'I.F.C.S., donc son Directeur, a une responsabilité dans l'acquisition et la validation des savoirs, par contre il est du devoir du Directeur des soins de l'établissement de soins de mettre en place les conditions nécessaires au transfert et à l'utilisation des savoirs en situation de travail pour les transformer en compétences.

Cette coresponsabilité placent les Directeurs des Soins dans une coproduction des compétences indispensables à la qualité des soins. Dans cette optique la gestion du système de Soins s'articule à celui de la Formation et pose à terme la question de la posture et de l'exercice des Directeurs de Soins.

Le deuxième moyen d'exercer cette coresponsabilité est de mettre en place et d'animer un observatoire de l'évolution de la fonction cadre de santé.

5.3 L'observatoire local de l'évolution de la fonction cadre de santé

Il complète **la procédure d'accompagnement dans la réalisation d'un projet pour devenir cadre de santé**. Il permet la mise en place d'un système pour déterminer un référentiel actualisé des compétences des cadres de santé et adapter le dispositif de formation de l'I.F.C.S. à la demande des établissements de soins.

Le Directeur des Soins Formation, directeur de l'I.F.C.S. propose au Président du Conseil Régional, au Directeur de la D.R.A.S.S. et au Directeur d'établissement dont il dépend administrativement : **la création d'un observatoire local de l'évolution de la fonction cadre de santé**.

Cet observatoire **décline localement la structure nationale mise en place par la D.H.O.S.** pour élaborer le **répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière**. Il s'inscrit dans une démarche de **Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences**.

Il a pour mission de caractériser la réalité de la fonction de cadre de santé et son évolution pour prévoir les compétences requises par la gestion de l'activité de soins.

Il a un rôle de **veille et de prospective sociale** pour apprécier l'influence des éléments déterminants dans les contextes externe et interne sur l'exercice de la fonction d'encadrement.

Le fruit de sa réflexion est **l'élaboration d'un référentiel de compétences loco-régional actualisé des cadres de santé**. Ce référentiel alimente le système de formation des cadres. Il favorise son adaptation permanente à la demande des établissements de soins

et à la réalité de l'exercice professionnel. Dans une dimension régionale, il vise à **rendre plus réactive la structure de formation des cadres de santé, l'I.F.C.S., aux besoins en compétences des structures de soins.**

La législation ⁴²prévoit l'envergure de la formation au-delà d'un périmètre institutionnel qui s'élargit aujourd'hui à la région et parfois même au-delà. Les cadres de santé sont amenés à exercer dans différents établissements de soins en fonction de la réorganisation actuelle du système de santé. L'implantation d'un observatoire de l'évolution de la fonction cadre de santé semble judicieux au sein d'un I.F.C.S., dont le recrutement de ses étudiants est régional.

L'observatoire local de l'évolution de la fonction cadre de santé a une **dimension politique, stratégique et technique.**

La validation de son installation par le Conseil Régional, la D.R.A.S.S. et le Directeur d'établissement, la qualité et la position institutionnelle de ses membres lui confèrent sa dimension politique. Sa fonction de veille et de prospective sociale lui attribue un rôle stratégique dans le développement des organisations des établissements de soins. Sa production lui donne un caractère technique qui débouche sur la création d'outils concrets pour gérer et améliorer les compétences des cadres de santé.

Au sein de cet observatoire les échanges et les réflexions sont à la fois de nature conceptuelle et pragmatique. Leur richesse est favorisée par la qualité de ses participants, leur légitimité professionnelle et institutionnelle.

La composition et le fonctionnement de cette instance procèdent d'une démarche participative qui implique ses participants. Ceux-ci sont constitués par des responsables institutionnels : le Directeur des Soins Formation directeur de l'I.F.C.S, des Directeurs des Soins Gestion, des Directeurs des Ressources Humaines, un médecin représentant de la C.M.E., des acteurs de terrain : des médecins, des cadres supérieurs de santé, des cadres de santé des différents établissements de soins concernés et des représentants des partenaires sociaux. La représentation est à la fois technique et institutionnelle. Le nombre de quinze personnes maximum et l'organisation du groupe ne doit pas être un

⁴² loi n°2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et aux responsabilités locales transfère à la région les compétences de l'Etat en matière de gestion de la formation professionnelle et décret n°2005-723 du 29 juin 2005 relatif au régime budgétaire des écoles et instituts de formation de certains professionnels de santé relevant d'établissement publics de santé

frein à la production. Sa constitution se fera sur appel à candidature de volontaires intéressés par le projet de l'observatoire.

Sa composition, son fonctionnement et son calendrier de travail sont consignés dans un document contractuel qui engage les différents participants dès sa mise en place.

Le guide de référence pour la construction d'un partenariat générateur de compétences et l'observatoire local de l'évolution de la fonction cadre de santé situent les **Directeurs des Soins** dans **leur rôle politique et stratégique** en lien avec le terrain. Ils contribuent à assurer leur crédibilité par le développement et l'aboutissement de projets concrets.

Ils **intègrent** leurs **deux fonctions complémentaires : Gestion et Formation.**

CONCLUSION

Les établissements de soins vivent de profonds bouleversements. La rapidité et la multiplicité des transformations structurelles et fonctionnelles imposent une évolution de l'organisation du travail et des compétences sans cesse renouvelées de son personnel.

Dans ces lieux d'accueil, de soins et d'innovation technologique, leurs dirigeants, et particulièrement les Directeurs des Soins, doivent répondre au triple défi de la sécurité, de la qualité et de la performance dans un contexte de forte contrainte budgétaire et de pénurie annoncée de personnel qualifié. Pour cela les Directeurs des Soins mobilisent leur encadrement. Il leur importe de mettre en place des systèmes de pilotage du changement et de faire en sorte que l'hôpital continue à être un espace d'apprentissage collectif propice à l'émergence de la compétence.

La formation et le travail sont intimement liés dans ce processus évolutif. Néanmoins ce rapprochement doit conserver une distance suffisante pour favoriser la création et la réflexion. Cet écart est indispensable pour convertir l'expérience professionnelle en savoirs formalisés et intégrer les innovations sociales afin de les rendre porteuses de changements efficaces et durables.

Les Directeurs des Soins ont une double responsabilité dans cette métamorphose : celle de l'organisation du travail et celle de la formation des soignants paramédicaux nécessaires à la production de soins de qualité.

La Gestion et la Formation sont deux parties indissociables de leur fonction. Toutes ses formes d'exercice sont à développer. Le cadre réglementaire le permet.

La formation, la recherche, les nouvelles situations de travail offrent de nombreuses possibilités encore insuffisamment exploitées pour que les Directeurs des Soins deviennent de véritables promoteurs de compétences dans une organisation « apprenante et qualifiante ».

BIBLIOGRAPHIE

Compétence

AUTUORI M.T., BARTHES R. "GPEC : un outil et / ou un état d'esprit"

Technologie Santé n° 33 – septembre 1998 – pp61 à 68

"La compétence au cœur des organisations"

Gestions Hospitalières n° 152 – février 1999 – pp112 à 116

BOYE Michel, ROBERT Gérard Gérer les compétences dans les services publics Editions d'Organisation – Paris 1994 Collection Service Public 255 pages

DREVET Géraldine La gestion des compétences comme levier stratégique de performance économique et sociale mémoire de l'E.N.S.P. filière Directeur des Soins – RENNES- 2004

DE WITTE Serge - MINET Francis - PARLIER Michel Compétence, mythe, construction ou réalité Edition Lharmattan - Paris 1995 – 230 pages

DIETRICH Anne "Compétence et performance : entre concepts et pratiques de gestion"

Revue n° 140 Education permanente octobre 1999 - pp 19 - 34

DO CHI Dominique Le statut de la fonction publique et la gestion par les compétences : intérêt à l'hôpital public mémoire de diplôme de cadre responsable de la formation Chaire de Formation des adultes - C.N.A.M. Paris - 2002 - 180pages

DUGUE Elisabeth "La logique de la compétence : le retour du passé"

Revue Education permanente n° 140 : la logique de la compétence - 1^{ère} partie - 1999 – Paris - pp 7 à 18

ERAY Philippe Précis du développement des compétences Editions Liaisons – Paris 1999 - 270 pages

FRANCHET Patrick "Des logiques compétences aux logiques de Formation"

"Revue Actualité de la Formation Permanente" N° 170 – janvier / février 2001 – pp 34à38

GILBERT Patrick - PARLIER Michel "La gestion des compétences au-delà des discours et des outils, un guide pour l'action des DRH" Revue personnel n° 330 - février 1992

KOCH Pierre "Entreprise qualifiante et entreprise apprenante : concepts et théories sous-jacentes" Revue éducation permanente n° 140 : la logique de la compétence – 1^{ère} partie Paris 1999 - pp 61 – 81

LA CHENAYE Llanas – JOUFFRE Bernadette "La gestion par les compétences – un outil du projet... et du progrès social"

Revue Technologie Santé n° 33 septembre 1998 – pp 49 à 53

Le BOTERF Guy De la compétence : essai sur un attracteur étrange

Editions d'Organisation - PARIS - 1995 176 pages

LE BOTERF Guy L'ingénierie des compétences

Editions d'Organisation – Paris 1999 – 445 pages

LE BOTERF Guy "La mise en place d'une démarche compétence : quelques conditions de réussite" – Revue personnel ANDCP n° 412 – août / septembre 2000

MANDON Nicole postface LIAROUTZOS Olivier, "Analyse des emplois et des compétences : la mobilisation des acteurs dans l'approche ETED" – CERREQ 05/1998 – 101 pages

MARBACH (Valérie) préface THIERRY Dominique Evaluer et rémunérer les compétences Editions d'Organisation – Paris 1999 – 193 pages

PARLIER Michel "La compétence nouveau modèle de gestion des ressources humaines" Revue Personnel – janvier 1997 n° 366 pp 41 à 46

PARLIER Michel "Finalités et modalités de la gestion des compétences" Revue Personnel décembre 1997 n° 385 pp68 à 73

PARLIER Michel En quoi la "Logique compétences" modifie-t-elle les politiques et les pratiques de Formation ? - "Revue Actualité de la Formation Permanente" – N°170 – pp 39-43 – janvier / février 2001

PEMARTIN Daniel Gérer les compétences ou comment réussir autrement Editions Management Société – Paris 1999 –128 pages

RAOULT Nicole Gestion prévisionnelle et préventive des emplois en milieu hospitalier Editions Lharmattan - Paris 1991 - Collection pour l'emploi 285 pages

THIERRY Dominique "Analyse du travail et des compétences : enjeu et défi pour le monde de la formation" Journal de la Formation Continue et de l'EAO n° 270 Nouvelle Série

THIERRY Dominique La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences Editions Lharmattan – Paris 1990

ZARIFIAN Philippe "Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante" Revue Education Permanente - octobre 1992 n° 112 p 15-22

ZARIFIAN Philippe Emergence du modèle de la compétence Stratégies d'entreprises face aux ressources humaines, l'après Taylorisme" sous la direction de STANKIEWICZ François Editions Economies 1988

ZARIFIAN Philippe Objectif compétence Editions Liaisons – Paris 1999 – 229 Pages

Ministère de l'emploi et de la solidarité – secrétariat d'état à la Santé
"Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences"
Etablissements publics de santé – mars 1998 (1^{ère} édition mai 1997)

Partenariat

Ouvrages

CAMILLERI C. « Identité et gestion de la disparité culturelle : essai de typologie » Stratégies identitaires P.U.F. PARIS 1990

CORDONNIER Laurent Coopération et réciprocité P.U.F. 1997- 197 p

CROZIER M., FRIEDBERG E., L'acteur et le système Le SEUIL PARIS 1977 – 500 p

MERINI Corinne Le partenariat en formation : de la modélisation à une application LHARMATTAN 1999 p 232

Articles de revues

KADDOURI Mockhtar « Partenariat et stratégies identitaires : une tentative de typologisation » revue Education Permanente n°131 pp109 -125 PARIS 1997

MAROY Christian « Le partenariat : concept ou objet d'analyse » revue Education Permanente n°131 pp1 29-36 PARIS 1997

ZAY D., « Le partenariat en éducation et en formation : émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? » revue Education Permanente n°131 pp 13-28 PARIS 1997

Formation cadre de santé

Textes officiels et réglementaires :

- Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé
- Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé
- Arrêté du 27 mai 1997 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé
- Circulaire DGS/PS n° 97/381 du 27 mai 1997 relative au diplôme de cadre de santé, (Bulletin officiel n° 97/24)
- Arrêté du 16 août 1999 relatif au diplôme de cadre de santé
- Circulaire DGS/PS 3 n° 99-508 du 25 août 1999 : relative au diplôme de cadre de santé
- Arrêté du 19 avril 2002 : fixant la composition des jurys et les modalités d'organisation des concours sur titres permettant l'accès au corps des cadres de santé
- Arrêté du 14 août 2002 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

Articles de revue :

ACKER F., HESS M., TRAMONI A.V. , RENAUD M.H., BRIDENNE M., GAURIER P., HUGUES M.,LECLERC G., LLOPIS H., TOFFOLON C., BOURGEON D., BOCCADARO M., HART J.,FABIEN F., MALHOMME M.L.,CADET D., COTTRET Y.
« Etre cadre en l'an 2000, approches et pratiques » dossier revue SOINS n°35
Septembre octobre 2000

BOUREZ Annick, CASTELLI Marie-Paule, COUVREUR Annick, PARCHEMIN Michèle
« La formation des cadres de santé : une évolution permanente » revue de l'Actualité de la formation permanente » n°187, novembre-décembre 2003, pp 35-41

CHABOISSIER M. « Quelle(s) formation (s) pour relever les défis ? »
Revue Objectifs Soins n°98 août septembre 2001

COUDRAY M.A. «La formation des cadres de santé, histoires et perspectives » revue Soins Cadres n°45 février 2002

DESCHAMPS C. « Réflexion sur l'évolution de la formation des cadres de santé » revue Objectif Soins n°78 septembre 1999

JULIEN Céline « Identifier et former les cadres » revue de l'Actualité de la Formation Permanente n°187 novembre-décembre 2003 Centre INFFO pp 10-11

LHEZ P. « Entre procédures et processus en formation, quelle place pour les outils ? »
revue Soins Cadres n°43 septembre 2002

Profession cadre de santé

Textes officiels :

- Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la Fonction Publique Hospitalière, paru le 1er janvier 2002 au J.O.
- Décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière

- Circulaire DHOS/P 2 n° 503 du 25 septembre 2002 relative à la mise en oeuvre des décrets n° 2001-1374 du 31 décembre 2001 portant modification du statut particulier des personnels infirmiers de la Fonction Publique Hospitalière et n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

- 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

Ouvrages :

HART Josette, MUCHIELLI Alex, Soigner à l'hôpital Edition LAMARRE PARIS 1994

Articles de revues :

BOITIEUX A. TRABACCHI « Les cadres de santé se rebiffent » revue SOINS Cadres n°41 février 2002 pp23-26

CAGNOLI S. « Crise et remaniements identitaires des cadres hospitaliers » revue Gestions Hospitalières avril 1996 pp 97-300

DEBORQ B, JOUFFREB., BRETIN M.M. et AL. « Les cadres soignants du modèle à la pratique » revue Gestions Hospitalières avril 1996 pp 289-291

LEHURAUX Emmanuel « Le nouveau rôle des cadres intermédiaires » revue MULTIPLE de la C.F.D.T. Santé-Sociaux n°83 janvier 2005-11

LOUBAT J.R. « L'émergence de la fonction cadre » revue Gestions Hospitalières avril 1996 pp 252-296

LOUBAT J.R. « Le cadre moderne est avant tout un coach » revue Management sanitaire et social septembre 2001 n°7 pp 21-27

SCHNEIDERMANN Bernard « Etre ou ne pas être » (au statut cadre) telle est la question » revue de l'Actualité de la Formation Permanente n°187 novembre-décembre 2003 Centre INFFO pp 13-18

STORDEUR Sabine « Surveillante et nouvelles capacités de leadership » revue SOINS Cadres n°42 mai 2002

MALHOMME M.L. « Une nouvelle identité professionnelle pour le cadre de santé hospitalier » revue Gestions Hospitalières n°435 avril 2004

Documents autres :

Répertoire des métiers de la Fonction publique Hospitalière D.H.O.S. Ministère de la Santé 2004

Directeurs des soins

Textes officiels et réglementaires :

- Décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière

- Arrêté du 4 juillet 2003 paru au J.O. n°157 du 9 juillet 2003 p.11631 fixant les modalités du cycle de formation des directeurs des soins stagiaires de la Fonction Publique Hospitalière

Articles de revue : EGGERS J. « Un nouveau statut pour les directeurs de soins » revue Objectif Soins n°106 mai 2002

Liste des annexes

- **Annexe I** : Guide d'entretien préliminaire destiné aux Directeurs d'établissement de soins (D.H.), aux Directeurs des Ressources Humaines (D.R.H.), aux Directeurs des Soins Gestion (D.S.G.) et aux Directeurs des Soins Formation (D.S.F.)

- **Annexe II** : Guide d'entretien semi-directif pour l'enquête de terrain, destiné aux Directeurs des Soins Gestion et aux Directeurs des Soins Formation des I.F.C.S.

- **Annexe III** : Grille d'identification des caractéristiques du partenariat DSF / DSG

- **Annexe IV** : Identification des éléments de collaboration entre les Directeurs des Soins Gestion et les Directeurs des Soins Formation selon l'analyse du décret 2002-550 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la Fonction Publique Hospitalière

- **Annexe V** : Indicateurs de mesure de l'influence de la collaboration DSG / DSF sur l'amélioration des compétences des cadres de santé

ANNEXE I

**Guide d'entretien préliminaire
destiné aux :**
- **Directeur d'établissement de soins (D.H.)**
- **Directeurs des Ressources Humaines (D.R.H.)**
- **Directeur des Soins Gestion (D.S.G.) et Directeur des Soins Formation (D.S.F.)**

Cet entretien comporte quatre axes qui visent à déterminer :

- *Les attentes des employeurs (Directeurs d'établissement, Directeurs des Soins) par rapport aux compétences des cadres de santé (question n°1)*
- *L'adéquation de la formation des cadres de santé, actuellement dispensée en I.F.C.S., avec les attentes des employeurs (question n°3)*
- *Les difficultés rencontrées par les cadres en formation en I.F.C.S. et par ceux déjà formés lors de leur prise de poste (question n°2)*
- *L'existence d'un partenariat entre l'I.F.C.S. et l'établissement de soins et une politique de formation commune qui contribue à l'amélioration de la qualité des cadres formés, à l'attente des employeurs et à l'adaptation à leur poste des futurs cadres concernés (questions n°4 et n°5)*

1. Identification des compétences des cadres de santé attendues par les employeurs

Dans le contexte actuel de travail et de son évolution en cours et à venir (V.A.E., L.M.D., mise en place des pôles), quelles compétences attendez-vous aujourd'hui d'un cadre de santé ?

(Questions de relance)

- *Pourquoi ?*
- *Justifiez votre réponse.*

2. Identification des difficultés rencontrées par les cadres de santé dans l'exercice de leur fonction

A votre avis est-ce que les cadres de santé nouvellement formés ont des difficultés dans leur fonction :

non ? oui ?

(Questions de relance) Si oui précisez :

- *lesquelles ?*
- *quand ?*
- *pourquoi ?*

3. Adéquation de la formation des cadres de santé, actuellement dispensée en I.F.C.S., avec :

- **La réalité et l'évolution de leur fonction**
- **les attentes des cadres de santé et des employeurs**

En quoi l'I.F.C.S. a aidé ces cadres dans leurs nouvelles fonctions ?

(Questions de relance) Pensez-vous que la formation actuelle des cadres en Institut de Formation des Cadres de Santé (I.F.C.S.) correspond à :

- *la réalité de leur travail :*
oui ? partiellement ? non ?

ANNEXE I (suite)

5. Influence de la relation entre les Directeurs des Soins formation et les Directeurs des Soins Gestion sur la formation et les compétences des cadres de santé

Est-ce que cette relation influe :

- sur la formation des cadres de santé ? (Pour les Directeurs des Soins formation)
- l'exercice des cadres de santé ? (Pour le Directeur des Soins Gestion)

Oui ?

Non ?

(Question de relance) Si oui , expliquez :

- Pourquoi ?
- Comment ?

ANNEXE III

Grille d'identification des caractéristiques du partenariat DSF / DSG
d'après l'annexe à l'article « Partenariat et stratégies identitaires : une tentative de typologisation »
de Mokhtar KADDOURI dans la revue n°131 éducation permanente Paris 1997 p126

Stratégies identitaires et caractéristiques du partenariat DSF / DSG	Type de stratégie	Objectifs poursuivis	Position au sein de l'organisation	Type d'implication Intensité du partenariat	Type d'implication Eléments matériels du partenariat	Type d'implication Formalisation du partenariat	Fonction du partenariat
Etablissements							
C.H.G.	Préservation identitaire	Préserver son identité au sein et en dehors de sa structure menacée par l'existence même du partenariat	Position variable	Partenariat à construire Existence d'un travail en commun sur la détermination des compétences des et formation des C.S.S.	Quelques éléments informels et Un élément formel	Pas de formalisation de partenariat	Fonction menaçante de l'identité préservée
C.H.S.	Préservation identitaire	Préserver son identité au sein et en dehors de sa structure menacée par l'existence même du partenariat	Position variable	Partenariat à construire	Quelques éléments informels	Pas de formalisation de partenariat	Fonction menaçante de l'identité préservée

C.H.U. A	Réhabilitation ou de « crédibilisation » identitaire	Retrouver une identité ancienne remise en cause dans le présent	Implication forte à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation	Partenariat en construction	Plusieurs éléments formels	Partenariat en voie de formalisation	Fonction de reconstruction et de légitimation identitaire
C.H.U. B	Réhabilitation ou de « crédibilisation » identitaire	Retrouver une identité ancienne remise en cause dans le présent	Implication forte à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation	Partenariat en construction	Plusieurs éléments formels	Partenariat en voie de formalisation	Fonction de reconstruction et de légitimation identitaire
C.H.U. C	Réhabilitation ou de « crédibilisation » identitaire	Retrouver une identité ancienne remise en cause dans le présent	Implication forte à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation	Partenariat en construction	Plusieurs éléments formels	Partenariat en voie de formalisation	Fonction de reconstruction et de légitimation identitaire

DSF : Directeur des Soins Formation

DSG : Directeur des Soins Gestion

C.S.S. : Cadre Supérieur de Santé

C.H.G. : Centre Hospitalier Général

C.H.S. : Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

ANNEXE III (suite)

ANNEXE IV

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps
des Directeurs des Soins de la Fonction Publique Hospitalière

Identification des éléments de collaboration entre les Directeurs des Soins Gestion
et les Directeurs des Soins Formation

Directeur des Soins Gestion	Directeur des Soins Formation
<p>Article 4 :</p> <p>2°) Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité.</p> <p>5°) Il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement. Le cas échéant, il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou Instituts de Formation des professionnels de soins de l'établissement.</p> <p>6°) Il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques.</p> <p>Article 6 : Un Directeur des soins peut assister ou suppléer le Directeur d'Institut préparant aux formations paramédicales ou d'Institut de Formation de Cadres de Santé. Dans ce cas il exerce toutes les missions du Directeur des Soins Formation définies à l'article 5</p>	<p>Article 5 : Il est responsable :</p> <p>1°) de la conception du projet pédagogique</p> <p>2°) de l'organisation de la formation initiale et continue dispensée dans l'Institut</p> <p>7°) de la recherche en soins</p>
Formation commune à l'E.N.S.P.	

ANNEXE V

Indicateurs de mesure de l'influence de la collaboration DSG / DSF sur l'amélioration des compétences des cadres de santé

Indicateurs d'amélioration des compétences des cadres de santé	Types d'outils ou de travaux à préciser lors de l'enquête terrain	Type d'établissement hospitalier : CHG, CHS, CHU	Elaboration et utilisation distincte par le DSG ou DSF	Elaboration et utilisation par le DSG et DSF
outils d'identification et d'évaluation des compétences des cadres de santé	➤ Définition de poste	CHG, CHS, CHU	X	
	➤ Profil de poste	CHG, CHS, CHU	X	
	➤ Référentiel métier	CHG, CHS		X
outils d'amélioration des compétences des cadres de santé	➤ Procédure de suivi et d'intégration dans la fonction cadre de santé : de l'émergence du projet, à la formation, jusqu'à la prise de fonction	CHG, CHS 3 CHU	X	X
	➤ Procédure d'accompagnement dans un projet de formation de cadre supérieur de santé	CHG, CHS, 3 CHU	X	X
	➤ Projet de formation des cadres supérieurs de santé	CHG, CHS, 3 CHU		X X
	➤ organisation des stages des étudiants cadres de santé	1 CHU		x

ANNEXE V (suite)

Total des travaux communs DSG / DSF	Type d'établissement	Nature des travaux et outils	Nombre
	CHG, CHS	➤ Référentiel métier	1
	3 CHU	➤ Procédure de suivi et d'intégration dans la fonction cadre de santé : de l'émergence du projet, à la formation, jusqu'à la prise de fonction	3
	3 CHU	➤ Procédure d'accompagnement dans un projet de formation de cadre supérieur de santé	3
	CHG, CHS, 3CHU	➤ Projet de formation des cadres supérieurs de santé	2
	1CHU	➤ organisation des stages des étudiants cadres de santé	1

CHG : Centre Hospitalier Général

CHS : Centre hospitalier Spécialisé en Psychiatrie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DSG : Directeur des Soins Gestion

DSF : Directeur des Soins Formation