



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

---

**La Gestion des Compétences :**  
**un enjeu stratégique pour la prise en charge**  
**des patients et pour les professionnels.**

---

**Eric LE GOURIERES**

---

## **Remerciements**

---

- A mes enfants EDOUARD et AGATHE.
- Aux deux Directeurs des soins qui m'ont accueillis en stage.
- A tous les Directeurs de soins qui ont alimenté ce travail par leurs critiques.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 La gestion des compétences est une nécessité dans les établissements publics de santé .....</b>	<b>3</b>
1.1 La situation de soins est exigeante en terme de compétences et éprouvante en terme de vécu pour les professionnels de santé.....	3
1.2 L'encadrement a un rôle central dans la gestion des compétences. Pourtant, ce rôle mérite d'être clarifié, structuré et amplifié.....	6
1.3 L'organisation garantit l'adéquation entre les besoins des patients et les ressources humaines, par une approche métier. Celle-ci est insuffisante au regard de la spécialité des unités de soins.....	8
1.4 La gestion des compétences s'inscrit dans la dynamique du projet de soins. Pourtant cette démarche n'est pas déclinée en fonction des prises en charge.....	9
<b>2 La gestion des compétences est un idéal à atteindre .....</b>	<b>12</b>
2.1 La gestion des compétences est une approche stratégique.....	12
2.2 La gestion des compétences est une approche managériale basée sur la coopération et la reconnaissance des acteurs entre eux.....	13
2.2.1 Le management des compétences se caractérise par un savoir être .....	13
2.2.2 Le management des compétences utilise un référentiel de compétences co-construit avec les professionnels.....	14
2.2.3 L'entretien d'évaluation et de recrutement sont les moments forts du management des compétences.....	16
2.3 La gestion des compétences permet de faire des liens entre la qualification, la compétence et la performance.....	17
2.3.1 La qualification.....	17
2.3.2 La compétence.....	18
2.3.3 La notion de performance .....	21
2.4 La gestion des compétences se caractérise par une organisation « apprenante » qui tend vers la qualité et la sécurité des soins.....	23
<b>3 La gestion des compétences : mythe ou réalité .....</b>	<b>24</b>
3.1 L'enquête et la méthodologie .....	24

<b>3.2</b>	<b>Analyse de l'enquête .....</b>	<b>26</b>
3.2.1	Une stratégie affichée sur la gestion des compétences a des effets sur les acteurs .....	26
3.2.2	Le management des compétences se situe sur les deux structures enquêtées entre le concept et l'opérationnalité. ....	31
3.2.3	L'organisation « apprenante » génère des relations entre les professionnels qui s'avèrent utile dans l'action pour la prise en charge des patients .....	32
<b>3.3</b>	<b>Conclusion : les hypothèses sont validées même si la gestion des compétences a des limites.....</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>Contribution du directeur des soins à la gestion des compétences .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>La gestion des compétences est une démarche stratégique au sein du projet d'établissement.....</b>	<b>37</b>
4.1.1	La gestion des compétences s'inscrit dans une politique des ressources humaines .....	37
4.1.2	La gestion des compétences s'appuie sur une démarche qualité .....	38
4.1.3	Les relations avec le corps médical sont essentielles dans le cadre du développement des compétences soignantes.....	38
4.1.4	La commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique (CSIRMT) est un lieu de valorisation des compétences soignantes.....	41
4.1.5	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est incontournable dans la mise en œuvre d'une démarche sur la gestion des compétences.....	42
4.1.6	La commission technique d'établissement est impliquée dans la mise en place d'une démarche sur la gestion des compétences.....	42
<b>4.2</b>	<b>La gestion des compétences est une démarche opérationnelle pour les patients et pour les professionnels.....</b>	<b>43</b>
4.2.1	La mobilisation des cadres et des professionnels.....	43
4.2.2	Une organisation apprenante .....	46
4.2.3	La formation .....	48
4.2.4	La communication.....	52
	<b>Conclusion.....</b>	<b>55</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
	<b>Analyse entretien par structure.....</b>	<b>II</b>

<b>Questionnaire d'entretien semi directif .....</b>	<b>III</b>
<b>Tableau d'analyse structure CHRU Mo .....</b>	<b>V</b>
<b>Tableau d'analyse structure CH Mu .....</b>	<b>XI</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

CDS : Cadre De Santé

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et la Qualité de la Prise en Charge

CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique

CSSRP : Cadre de Santé Supérieur Responsable de Pôle

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

GC : Gestion des Compétences

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

PRP : Praticien Responsable de Pôle

SROSS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale

## Introduction

*« Toute philosophie de l'action est condamnée à osciller entre le souci du réel et la formulation d'un idéal »*

A. HATCHUEL et B. WEIL

L'institution hospitalière<sup>1</sup> est sans doute, parmi les entreprises existant dans le monde, celle qui a la plus longue et peut être la plus riche histoire. Celle-ci est passée à partir du 20ème siècle, d'une maison ouverte aux malheureux et aux pèlerins sans soins à un établissement de santé, véritable lieu d'expertise médicale. Cette rupture conceptuelle, d'après Jean-Marie CLEMENT<sup>2</sup>, s'est déroulée sur un siècle. Celle-ci explique les difficultés d'adaptation que vivent les hôpitaux actuellement à travers plusieurs transformations.

La première transformation va concerner le personnel hospitalier qui va passer du bénévolat (religieuses) au salariat, vers 1950, avec la reconnaissance d'un statut pour le personnel médical<sup>3</sup> et non médical<sup>4</sup>. Les équipes soignantes pour faire face à cette évolution vont devoir se professionnaliser et développer des compétences pour répondre aux besoins en soins des patients, à l'évolution des savoirs et des techniques. La continuité des soins<sup>5</sup> va alors nécessiter une continuité en ressources humaines et en compétences. L'adéquation entre les besoins des patients et les compétences des personnels se révèle être une problématique continue voire centrale pour un établissement de santé.

La seconde transformation hospitalière concerne le patient. Il est passé de l'assisté à l'assuré, du malade objet de droit au malade sujet de droit<sup>6</sup>. C'est donc dans un contexte de juridisation que la relation entre le soigné et le soignant évolue. La gestion des compétences apparaît ici comme un moyen pour limiter le nombre de recours juridiques

---

<sup>1</sup> Thierry FILLAULT, « Pour une pratique renouvelée de l'histoire hospitalière » article extrait du fascicule de l'histoire de l'hôpital et des hospitaliers. ENSP 2006. p.16.

<sup>2</sup> Jean Marie CLEMENT « Bilan du siècle : La Rupture Conceptuelle » article extrait du fascicule de l'histoire de l'hôpital et des hospitaliers. ENSP 2006. p.49.

<sup>3</sup> Décret n° 43 – 891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

<sup>4</sup> Décret n° 55 – 604 du 20 mai 1955 relatif aux fonctionnaires hospitaliers.

<sup>5</sup> Loi n° 86 -33 du 9 janvier 1986 portant sur les dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

<sup>6</sup> Loi n° 2002 – 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

de la part des patients envers l'hôpital et comme un moyen pour limiter les risques inhérents aux soins.

C'est pourquoi, la Gestion des Compétences (GC) en tant que composante d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est présentée<sup>7</sup> comme un élément de modernisation du service public. Elle constitue un impératif de gestion, tant en termes d'accompagnement des structures hospitalières que du développement des capacités individuelles. Elle a été définie par la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins de la façon la suivante<sup>8</sup> :

« *La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plan d'actions cohérents :*

- *visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences ;*
- *en fonction de son plan stratégique ou au moins d'objectifs à moyens termes bien identifiés ;*
- *et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle ».*

Elle permet donc de faire le lien entre la compétence individuelle, la compétence collective et les objectifs institutionnels. Elle constitue de ce fait une recherche de cohérence. C'est dans ce cadre de cohérence que la performance individuelle, collective et institutionnelle se situe. Comme le dit Marie-Christine COMBES<sup>9</sup>, « *les investissements compétences constituent des tentatives de réponse à un problème de performance* ». Ils permettent de développer les capacités d'adaptation, la polyvalence et la réactivité des ressources humaines de l'hôpital et de répondre à la problématique de l'emploi. La GC est donc une démarche pour « faire la différence » auprès des patients et pour permettre à une structure d'atteindre un niveau de performance important. Cette démarche prend également en compte les évolutions médicales, techniques et environnementales selon les orientations du Schéma d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS).

La GC apparaît alors pour le Directeur des Soins (DS) comme un enjeu stratégique pour la prise en charge du patient et pour la pérennité d'une structure hospitalière. Il convient alors, de s'interroger sur la place et le rôle du DS dans la mise en place d'une politique de soins basée sur la gestion des compétences, sur les conséquences managériales et

---

<sup>7</sup> Manuels d'accréditation de l'ANAES dans sa version 2002 dans son volet GRH en 1997.

<sup>8</sup> R. BARTHES et B. DONNIUS chapitre 1, « Prévoir les emplois, les métiers et les compétences » dans l'ouvrage « Le développement des ressources humaines », édition ENSP, 2005, p. 31.

<sup>9</sup> M.C. COMBES citée dans l'ouvrage de JOUVENOT C. et PARLIER M. « Elaborer des référentiels de compétences » édition ANACT, 2005, p 8



organisationnelles que celle-ci peut avoir sur les professionnels et sur la qualité des soins. Il s'agit donc de voir « en quoi la gestion des compétences est un enjeu stratégique pour la prise en charge des patients et pour les professionnels ».

Ce travail partira dans un premier temps de l'analyse de l'existant à travers mon expérience, de rapports réalisés par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur le monde hospitalier et de textes réglementaires par rapport au thème choisi. Ce temps d'analyse sera enrichi d'une démarche réflexive sur cet ensemble de données afin de déclencher un processus de questionnement autour du thème de la GC.

L'élaboration d'un modèle théorique sur la gestion des compétences constituera le deuxième temps de ce travail et nous permettra d'avoir un idéal à atteindre dans la mise en œuvre d'une démarche de GC en tant que DS.

Le travail d'enquête réalisé dans un Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) et dans un grand Centre Hospitalier (CH) s'intéressera alors aux décalages qu'il peut y avoir entre le concept et la réalité, entre la situation idéale et le terrain.

Cette analyse débouchera naturellement sur des propositions concrètes à mettre en œuvre en tant que DS.

## **1 La gestion des compétences est une nécessité dans les établissements publics de santé**

Ce chapitre est donc en lien avec mon expérience, des observations que j'ai pu faire du milieu hospitalier et des rapports publiés par le ministère de la Santé. Ces constats vont me servir comme base d'appui réflexive, pour déterminer la place et le rôle du directeur des soins dans la mise en place d'une politique de GC.

### **1.1 La situation de soins est exigeante en terme de compétences et éprouvante en terme de vécu pour les professionnels de santé.**

Etre confronté à la maladie de l'autre, à ses angoisses, à sa douleur, à sa souffrance, à sa dépendance et parfois à sa mort ne peut laisser indifférent les professionnels du soin. Aussi, si l'exercice des compétences est lié à la motivation des personnels, rares sont ceux qui n'ont pas envie d'être agissants pour les patients, dans cette rencontre à l'autre. La situation de soins a ceci de particulier qu'elle est exigeante aussi bien d'un point de vue humain que professionnel. Elle nécessite des compétences techniques, relationnelles et une capacité à prendre de la distance face aux événements pour se préserver.

La survenue d'un décès d'un patient constitue un exemple de cette triple exigence au niveau des professionnels. En effet, la mort du patient est souvent vécue comme un échec de la part des professionnels. Ce sentiment d'échec renvoie le professionnel à sa propre technicité, à sa capacité d'initiative et de choix qu'il a fait dans cette situation. Elle

fait apparaître **des compétences dites critiques**, qui si elles ne sont pas maîtrisées par les professionnels, mettent en jeu le pronostic vital du patient. La notion de maîtrise comprend bien entendu la capacité à faire le bon choix au bon moment. Cependant, cette notion interroge : à **partir de quel moment un professionnel peut il être considéré comme maîtrisant une compétence critique** ? Qui la valide ? Qui l'accompagne ? Qui peut prétendre maîtriser complètement une compétence ?

Cette situation renvoie également le professionnel à sa recherche de « toute puissance » dans le soin et à lui-même face à la mort. Elle fait apparaître alors, la nécessité pour le professionnel de pouvoir prendre de la distance face à ses limites en tant que soignant, face à ses limites devant la maladie; face aux limites de la médecine. Elle le renvoie également dans la projection qu'il peut faire de lui-même dans cette situation. Cette capacité à prendre de la distance est également une compétence qui permettra au professionnel de faire face à la charge mentale que représente le soin. Or, cette compétence n'est pas innée. Elle est peu enseignée dans les instituts de formation. Ceci interroge sur les capacités de résistance du personnel hospitalier. Qui peut prétendre, un jour ne pas être atteint par la situation individuelle d'un patient? Comment faire pour limiter au mieux cette charge mentale inhérente aux métiers du soin ? Certains services ont mis en place des groupes de paroles pour permettre aux professionnels d'évacuer leurs vécus. Les résultats de ces groupes de parole ont été très différents d'un endroit à l'autre. C'est probablement la raison pour laquelle cette pratique ne s'est pas généralisée. De même, rares sont les professionnels qui se sont engagés dans ce type de démarche quand cela leur était proposé. Comme si c'était faire preuve de faiblesse que de participer à des groupes de parole. Comme si chacun avait sa façon de vivre ses situations extrêmes, de les évacuer. La complexité de ce type de situation montre bien que l'acquisition d'un diplôme d'Etat, s'il garantit la capacité d'un professionnel à exercer un métier, ne peut pas garantir la capacité d'un professionnel à faire face à son vécu personnel dans les situations difficiles.

**La capacité à prendre de la distance face aux événements pour se préserver** fait parti aussi des compétences à développer auprès des professionnels. **Comment développer cette compétence** pour diminuer le taux d'absentéisme du personnel hospitalier ?

De plus, la compétence se construit dans le temps et dans cette confrontation aux réalités de soins. Ces réalités vont permettre au professionnel de mobiliser ses savoirs, ses savoir faire, ses savoirs être pour essayer de répondre aux besoins en soin du patient. Le résultat de ses actions et la reconnaissance du patient, voire du médecin et de l'encadrement vont permettre au professionnel de savoir si les choix qu'il a réalisés dans sa situation de soins étaient les bons. Il va ainsi construire de façon progressive ses compétences, prendre confiance en lui et se forger une opinion sur l'efficacité des

techniques qu'il met en œuvre. Le professionnel va acquérir **les compétences clés** de l'unité par interaction avec son contexte et ses patients. **Comment identifier les compétences clés des unités ?**

Il s'agit donc de savoir **comment accompagner au mieux le nouvel arrivé dans le cadre de cette réalité professionnelle pour lui permettre d'acquérir les compétences clés de l'unité ?**

L'encadrement du nouvel arrivé par un professionnel d'expérience est la première piste à explorer dans laquelle pourtant un certain nombre de questions se posent.

La première question est de savoir **comment choisir le professionnel d'expérience ?**

En effet l'expérience en elle-même ne garantit pas les compétences pédagogiques de « l'ancien ». De même, la personne remplacée n'est pas forcément la mieux placée aussi pour assurer le relais auprès du nouvel arrivant, même si cela peut être une solution dans certains cas.

Le transfert des compétences doit donc faire l'objet d'une vraie réflexion. Celle-ci est d'autant plus importante à mener aujourd'hui, que la démographie des professions de santé permet de savoir qu'il y aura des départs à la retraite massifs dans les métiers soignants (renouvellement de 46% des agents de l'administration sanitaire prévu d'ici 2014). En effet, le système de santé français va être confronté (projet Hôpital 2012), comme la plupart des autres pays européens, aux effets du « baby boom » de l'après-guerre. Il va donc y avoir des risques de pertes de savoir faire intergénérationnel.

La deuxième question est de **s'interroger sur les compétences à transférer**. Pour pouvoir répondre à cette question, il faut savoir d'une part quelles sont les compétences clés de ce service c'est à dire celles qui permettent à un professionnel de faire des soins de qualité et d'autre part, quelles sont les compétences que le nouvel arrivé possède pour ajuster ce transfert des compétences.

La troisième question concerne **les modalités d'implication du tuteur** pour favoriser l'intégration d'un nouvel arrivé au sein d'une équipe.

La deuxième piste pour limiter le décalage de l'apprentissage d'un professionnel concerne **la notion même d'équipe**. En effet, si l'individu ne peut prétendre tout posséder, il convient de voir si l'équipe telle qu'elle est composée réunit bien toutes les compétences critiques et toutes les compétences clés nécessaires aux besoins des patients. L'existence de règles concernant la répartition des compétences pour le planning est pourtant, rarement formalisée au sein des unités. Les intérêts des uns et des autres prévalent au détriment de cette approche. L'importance d'avoir une pyramide des âges homogène prend ici tout son sens dans une recherche d'équilibre en termes d'expériences. Encore faut-il que les individus s'entendent, qu'ils aient envie de travailler ensemble et qu'une relation de confiance existe entre eux. Cela ne se décrète pas, cela se construit dans le temps et dans les situations où la solidarité est mise à l'épreuve.

L'encadrement joue à n'en pas douter un rôle important dans cette construction d'équipe et dans celle des professionnels.

## **1.2 L'encadrement a un rôle central dans la gestion des compétences. Pourtant, ce rôle mérite d'être clarifié, structuré et amplifié.**

L'encadrement de proximité a au regard de la description des situations sus citées un rôle important. En effet, il est à la fois dans l'unité et à la fois en dehors du soin. Il a donc une certaine distance pour identifier les compétences critiques et clés nécessaires aux besoins des patients de son unité. De plus, sa connaissance des membres de son équipe, de leurs compétences doit permettre au cadre de garantir au mieux l'adéquation entre les besoins des patients, des ressources humaines et des compétences.

Pourtant, rares sont les cadres qui ont développé un **référentiel de compétences** avec leur équipe. Cette absence d'outil co-construit ne permet pas à chacun des membres de se placer dans une démarche d'auto évaluation et de favoriser les échanges autour des compétences. Ces échanges relatifs aux compétences devraient servir de base à l'entretien d'évaluation.

Or, **l'entretien d'évaluation** est souvent vécu comme une formalité administrative plus que comme un moment privilégié où le professionnel va pouvoir faire le point, se projeter. Un rapport de mission<sup>10</sup> (août 2003) confirme ses propos. Il montre à propos de l'entretien d'évaluation que : *« la progression de carrière est basée sur l'ancienneté, l'automatisation du système de notation n'en fait pas un dispositif dynamisant, qu'il y a une culture du non dit et une absence d'indicateurs objectifs sur la quantité et la qualité du service rendu par l'agent ».*

De la même façon, **le recrutement** d'un professionnel est un moment où l'encadrement évalue les compétences de celui-ci. Cette démarche n'est pas toujours formalisée et accompagnée de moyens humains voire de formations complémentaires. De même, les personnes ressources, pour favoriser l'intégration du nouvel arrivé, au niveau des services, sont rarement impliqués dans la démarche de recrutement. Ils ont rarement des objectifs clairs qui leur sont définis lorsqu'ils réalisent l'accompagnement d'un nouvel arrivé. Ils n'ont également aucune reconnaissance financière.

Ces différents constats montrent la difficulté d'identifier de façon claire les compétences et de les mesurer dans un cadre professionnel.

---

<sup>10</sup> A l'intention du Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche et du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés.

Pourtant l'**identification et l'évaluation des compétences** semblent centrales dans la gestion des compétences au regard des multiples applications.

La première de ces applications est de savoir quelles sont les compétences critiques que le professionnel doit maîtriser.

La deuxième application est de permettre au professionnel de savoir quelles sont les compétences requises ou clés, celles qu'il doit développer en évaluant le décalage entre les compétences acquises et les compétences requises, quels niveaux de maîtrise il a par compétence. Ce processus de questionnement l'interroge également sur ses champs de motivation dans la situation actuelle. Ce type de démarche peut permettre à un professionnel d'être un point d'appui pour construire de façon progressive un parcours de carrière.

La troisième application est de permettre aux professionnels de savoir quelles sont les compétences transférables d'un service à l'autre et donc de favoriser une mobilité professionnelle. Celle-ci semble d'après beaucoup d'auteurs prévenir l'épuisement professionnel. Pourtant rares sont les hôpitaux qui ont réussi à favoriser des changements de service de façon régulière. Le cycle le plus couramment admis est de cinq années.

La quatrième application concerne la gestion des absences imprévues au sein des services. Il est surprenant de voir que face à une absence imprévue, la qualification de celui qui remplace interpelle peu du moins en amont. Pourtant, la nécessité d'avoir une adéquation entre les besoins des patients, les ressources humaines et les compétences est la même.

De plus, l'émergence de textes réglementaires souligne l'importance d'identifier les compétences et de les évaluer.

La loi dite de modernisation sociale du 17 janvier 2002 en introduisant la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) renforce le développement de dispositifs d'évaluation centrés sur les compétences et la reconnaissance des potentialités. Ce dispositif reconnaît pour la première fois en France que l'expérience peut permettre à des personnes de développer des compétences. Ces possibilités concernent actuellement les aides-soignants<sup>11</sup> et les auxiliaires-puéricultrices. Les VAE ambulanciers, infirmières, infirmières de blocs opératoires sont en cours de structuration au niveau de la direction de l'organisation et de l'offre de soins.

---

<sup>11</sup> Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide soignant et ses annexes

Le décret<sup>12</sup> n° 2003-759 du 1<sup>er</sup> août 2003 relatif au bilan de compétences des agents de la fonction publique hospitalière est un dispositif supplémentaire au service de l'agent et de l'institution hospitalière.

Il s'agit donc de savoir, comment structurer ces démarches dans le cadre d'un fonctionnement institutionnel pour en faire des éléments de motivation concernant la VAE et de réorientation professionnelle pour le bilan de compétences.

### **1.3 L'organisation garantit l'adéquation entre les besoins des patients et les ressources humaines, par une approche métier. Celle-ci est insuffisante au regard de la spécialité des unités de soins.**

Le développement des compétences devrait faire partie du fonctionnement quotidien des services avec une étroite collaboration entre les médecins et les soignants voire entre les professionnels entre eux.

Or, l'**actualisation des connaissances** se réalise souvent de façon cloisonnée à l'hôpital. Le corps médical a souvent son propre « staff ». Rares sont aussi les soignants qui suite à une formation en font un retour à leurs collègues. La difficulté de prendre la parole devant ceux-ci est souvent un motif évoqué. Le pouvoir de l'expert, l'envie de faire la différence auprès du patient et d'attirer le regard de l'encadrement font également parti de la réalité des unités.

Pourtant la performance d'une unité ne peut être l'action isolée d'un professionnel. Il s'agit donc de savoir **comment favoriser ses échanges de savoirs et développer la compétence collective ?**

Le **tutorat du nouvel arrivé** est probablement un des moyens à mettre en place dans cette logique de partage des savoirs. Celle-ci nécessite une double attitude de la part des professionnels engagés dans le processus. Il s'agit de l'attitude pédagogique du tuteur et de l'attitude d'écoute du nouvel arrivé. Concernant le tuteur, il prend en compte les compétences et les demandes du nouvel arrivé. Il transmet les savoirs, les savoirs faire et le savoir être développés par l'équipe et dans le cadre de son expérience. Il est également capable de solliciter et de prendre en compte le point de vue du nouvel arrivé. Celui-ci dans son attitude d'écoute favorise ce transfert de savoir faire et joue également son intégration au sein de l'équipe. Cette double attitude, au regard de mon expérience, semble encore plus nécessaire dans les secteurs à forte spécialisation. Le choix du tuteur apparaît comme essentiel. L'encadrement a aussi un rôle important à jouer dans la mise en place de ce processus de partage des savoirs et d'intégration du nouvel arrivé. Les

---

<sup>12</sup> Le décret<sup>12</sup> n° 2003-759 du 1<sup>er</sup> août 2003 relatif au bilan de compétences des agents de la fonction publique hospitalière

trente cinq heures, la difficulté de recrutement de certains corps de métiers comme les infirmières, l'absence de possibilité d'avoir de façon ponctuelle un surnombre, le turn-over important des soignants et les absences imprévues ont souvent mis à mal ce processus. Le nouvel arrivé fait alors du mieux qu'il peut.

La **formation** est aussi un des moyens pour développer les compétences individuelles et collectives. Rares sont les services qui mettent en place des projets de formation collective. Pourtant, ce sont ces projets qui ont le plus de chance d'apporter des changements. Ceci s'explique par le fait que l'ensemble des acteurs change en même temps. Alors que dans la formation individuelle, seul celui qui est parti en formation, a changé. Il va alors se heurter à la résistance aux changements de ses collègues et va bien souvent « retomber » dans ses habitudes.

Ces constats soulignent l'importance d'avoir un projet de soins qui structure les organisations du travail en organisations « apprenantes ».

L'**évaluation des pratiques professionnelles** qui constitue une des nouveautés de la deuxième démarche d'accréditation est à n'en pas douter un des moyens pour développer les compétences collectives et les approches interprofessionnelles.

Les organisations hospitalières devront donc s'adapter à ces nouveaux modes de développement des compétences pour en faire des opportunités de parcours de carrière et de motivation.

Le **planning** apparaît dans cette stratégie organisationnelle comme l'outil essentiel dans la mise en œuvre de ce développement des compétences. Il s'agit alors de savoir **comment articuler la présence du personnel avec la prise en compte des compétences de chacun**. Il s'agit de s'assurer qu'au niveau de chaque équipe, il y a bien les compétences critiques et clés pour répondre aux besoins du patient. Or, il y a souvent une absence de règles explicites sur ce sujet. Les intérêts personnels de chacun et les absences imprévues mettent souvent à mal cet équilibre.

Ces constats soulignent l'importance d'une politique d'établissement qui prend en compte les ressources humaines. Elles représentent plus de 70% des dépenses d'un hôpital.

#### **1.4 La gestion des compétences s'inscrit dans la dynamique du projet de soins. Pourtant cette démarche n'est pas déclinée en fonction des prises en charge.**

Les orientations stratégiques du projet d'établissement, le projet médical, le projet social, le projet de soins et le projet de pôle sont autant de projets qui doivent présenter un cadre de cohérence pour répondre au schéma régional d'organisation sanitaire, c'est-à-dire aux besoins des populations. Ces orientations devraient permettre également aux professionnels de se projeter au sein d'un hôpital en évolution permanente et de savoir si les compétences qu'ils possèdent aujourd'hui seront utiles demain. Ils devraient

également savoir en fonction des projets de restructuration s'ils auront à envisager ou pas une reconversion.

Or, le projet d'établissement n'est pas suffisamment connu des agents. Une explicitation des attendus de l'hôpital par rapport à ses professionnels est rarement formalisée, si ce n'est dans des objectifs peu compréhensibles pour les professionnels ciblés que ce soit dans le projet social ou dans le projet de soins. Le projet social donne de grandes orientations qui ne permettent pas à chaque agent de se projeter de façon concrète en termes de compétences. Le projet de soins présente également les mêmes caractéristiques. Le projet de pôle se limite à un projet médical voire organisationnel qui n'est pas décliné en termes de compétences à développer. Le tout est insuffisamment communiqué au sein des conseils de service et actuellement au sein des conseils de pôle.

Le rapport TAVERNIER (1994) confirme cet état de fait et pointe pour les hôpitaux une gestion du personnel à court terme et un manque d'anticipation.

Pourtant, des rapports existent et peuvent servir d'éléments d'anticipation concernant la gestion des compétences.

Le rapport d'Yvon BERLAND (2002), président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé, pointe du doigt la baisse de la démographie médicale. Il préconise d'utiliser à sa juste valeur cette ressource médicale et d'envisager des transferts de compétences vers les autres professionnels de santé (infirmière praticienne, infirmière clinicienne...) voire de créer de nouveaux métiers (conseiller en génétique, dosimétriste...). Cinq expérimentations ont déjà été menées et dix nouvelles vont débuter prochainement sous le pilotage de la Haute Autorité de Santé (HAS). Les décisions ne sont donc actuellement pas prises sur de nouvelles répartitions de compétences et de nouvelles possibilités d'évolution de carrière pour les non médecins.

Le rapport réalisé par l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, en mars 2007, sur les « facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations » permet déjà d'avoir une idée sur les évolutions des métiers. Il montre également que le système de santé français va être confronté comme la plupart des autres pays européens aux effets du « baby boom » de l'après-guerre. Nous assisterons donc à des départs en retraite massifs dans les métiers soignants (renouvellement de 46% des agents de l'administration sanitaire prévu d'ici 2014) et à des risques de pertes de savoir faire. Comment le transfert des savoirs intergénérationnels va-t-il être assuré ?

**Comment en tant que DS prendre en compte toutes ses évolutions** pour permettre à l'ensemble des professionnels de se projeter à court terme dans un projet de pôle, à



moyen terme dans la réalisation d'un projet d'établissement et à long terme dans un parcours professionnel ?

De plus, la mise en place des pôles et des organisations en réseau font entrevoir une **diminution des évolutions de carrière** au sens habituel du terme.

En effet, en France, dans la fonction publique hospitalière, la notion de carrière est fortement liée à la catégorie cadre, laquelle incarne un compromis historique reposant sur l'échange de la loyauté et de l'implication contre la sécurité de l'emploi et les perspectives de promotion hiérarchique. La nouvelle gouvernance génère un aplatissement des organisations<sup>13</sup> et réduit de fait les perspectives de progression hiérarchique. La conduite des responsabilités ne semble plus acquise et sera, semble-t-il, limitée dans le temps. Il faudra donc en tant que directeur des soins envisager la carrière sur un autre angle.

La carrière peut être vue aussi comme un dispositif de construction des compétences. Ainsi, **la carrière est la succession des expériences professionnelles d'un individu.**

La mobilité des professionnels doit donc être intégrée à nos organisations pour favoriser des parcours de carrière. Il convient, cependant, de ne pas tomber dans une mobilité intégrale, car les professionnels ont besoin pour développer des compétences de s'inscrire dans une durée et dans un parcours formateur. Le changement permanent d'un service à l'autre est nuisible à cet objectif.

De même, la mise en place de nouvelles organisations en réseau met aussi à mal cette logique hiérarchique dans la mesure où le fonctionnement en réseau nécessite des règles de partage d'informations et de connaissances. **Le travail en réseau correspond à la mobilisation de compétences complémentaires** pour répondre aux besoins des patients dans le cadre d'une organisation plus réactive et fluide sans relation hiérarchique entre les acteurs.

La gestion de crise (exemples : le plan blanc, le plan grippe aviaire...) pose des questions d'un type nouveau sur la gestion des compétences.

En effet, comment avoir de la compétence alors même que le personnel n'en a pas une expérience quotidienne ? La formalisation de plan constitue à n'en pas douter une étape nécessaire dans la mobilisation des ressources humaines mais ne peut en aucun cas permettre d'avoir en amont les compétences nécessaires. Néanmoins, des dispositifs de formation ou d'information permettent de préparer les professionnels à cet événement et de lever leurs angoisses en répondant à leurs questions. Les dispositifs d'information et de communication télévisuels permettent également d'informer les populations des conduites à tenir.

---

<sup>13</sup> CADIN L et GUERIN F. « La gestion des ressources humaines », DUNOD, 2003, p. 93.

La gestion des compétences apparaît pour le DS dans toutes ses composantes comme un moyen de mise en œuvre d'une politique de soins, voire de positionnement au sein d'un environnement, au sein de l'établissement de santé et auprès des professionnels. C'est pourquoi, il convient de se projeter dans cette future fonction et dans la mise en œuvre d'une politique de GC en élaborant un modèle théorique qui nous servira de fil conducteur dans notre analyse.

## **2 La gestion des compétences est un idéal à atteindre**

Pour élaborer ce modèle théorique, la lecture d'ouvrages et d'articles professionnels a été nécessaire. La recherche des réponses aux différentes questions issues du chapitre précédent a été une priorité et a permis de faire des choix par rapport aux auteurs et par rapport aux définitions. Ces lectures ont permis également de clarifier cette notion de gestion des compétences à partir de certains points de vue et de portes d'entrées différentes. Ce modèle est une synthèse qui prend en compte la complexité du thème, tout en se voulant opérationnel.

### **2.1 La gestion des compétences est une approche stratégique.**

La GC est qualifiée de stratégique si :

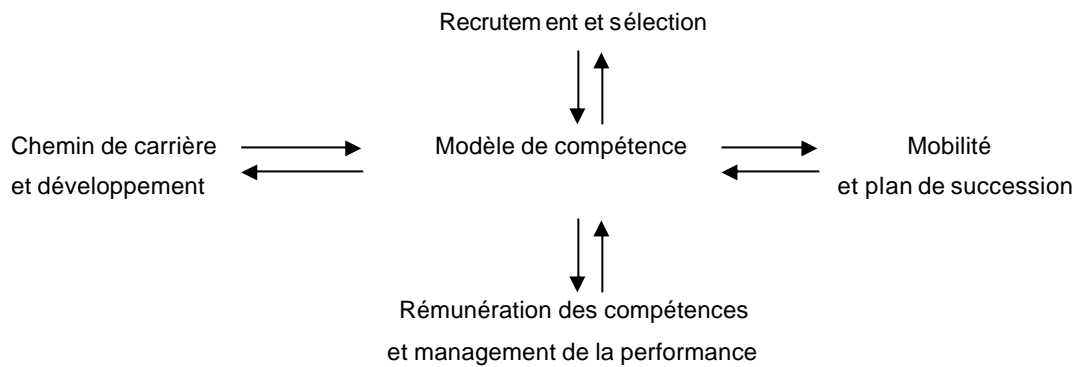
- « elle est affichée comme un enjeu dans le projet d'établissement,
- elle est connue et perçue par l'ensemble des acteurs,
- elle détermine un ensemble d'actions cohérentes pour atteindre l'objectif principal d'un établissement public de santé qui est d'offrir à tous et en tout lieu l'accès à des soins de qualité,
- elle participe à élaboration de la politique générale<sup>14</sup> ».

Il y a alors une cohérence entre les actes de recrutement, de formation, de gestion des carrières et le salarié qui est porteur de son propre projet. Cette politique peut se modéliser de la façon suivante<sup>15</sup> :

---

<sup>14</sup> CADIN L et GUERIN F. « La gestion des ressources humaines », DUNOD, 2003 p. 59.

<sup>15</sup> MITRANI A. et collaborateurs « des compétences et des hommes, le management des ressources humaines en Europe », les éditions d'organisation, 1992, p. 30.



Ce modèle de gestion <sup>16</sup> correspond à un modèle de management dit de la compétence. Il est exigeant, car il implique à minima :

- une organisation de travail dans laquelle les salariés ont des occasions de mobiliser leurs compétences afin d'opérationnaliser les orientations de l'hôpital, et partant, de contribuer à sa performance.
- une relation d'emploi modifiée avec, d'une part, une explicitation des attendus de l'hôpital par rapport à ses professionnels et, d'autre part, une employabilité renforcée et une progression professionnelle reconnue.

## **2.2 La gestion des compétences est une approche managériale basée sur la coopération et la reconnaissance des acteurs entre eux.**

### **2.2.1 Le management des compétences se caractérise par un savoir être**

Michel CROZIER cité par Mr PARLIER<sup>17</sup> affirme que « *toute organisation moderne repose sur la bonne volonté de ses membres et la capacité d'adaptation, d'innovation et de l'aptitude à coopérer entre eux* ».

Claude LEVY-LEBOYER<sup>18</sup> va dans ce sens en parlant de la motivation au travail : « *la motivation au travail est un processus complexe qui fait intervenir autant les dimensions individuelles (image de soi, ambition) que les caractéristiques de l'organisation (contenu des tâches, ambiance de travail). Irréductible à quelques recettes, la motivation du personnel se gère et se reconstruit en permanence à partir de multiples stratégies* ».

<sup>16</sup> JOUVENOT C. et PARLIER M. «Elaborer des référentiels de compétences », édition ANACT 2005, p. 10.

<sup>17</sup> PARLIER « Reconnaître les compétences », revue personnel, août-septembre 2002, n° 412, pp. 71-75.

<sup>18</sup> LEVY-LE BOYER « Le cœur à l'ouvrage », revue sciences humaines, mars 1999, n°92, pp. 20-23.

PORTER et LOWER <sup>19</sup> cité par ABBAD J. recensent les facteurs de la motivation : le contenu des tâches, l'autonomie, la variété des tâches, l'intérêt de la tâche, le feed-back (information en retour sur la réalisation du travail), l'importance des renforcements positifs (gratification) et des renforcements négatifs (sanction).

Cette approche managériale basée sur le savoir être nous amène à définir cette compétence selon Annick PENBO-LATOUCHE<sup>20</sup> :

« Le savoir être est composé :

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

E. FRIEBERG <sup>21</sup> place cette compétence managériale comme « une vision plus négociatrice qui préconise mieux l'existence de plusieurs rationalités et la nécessité de mobiliser les apports des uns et des autres pour organiser leur convergence et leur coordination ».

## **2.2.2 Le management des compétences utilise un référentiel de compétences co-construit avec les professionnels.**

La construction d'outils de gestion est selon MOISDON<sup>22</sup> une représentation provisoire autour de laquelle les acteurs entreprennent par des apprentissages croisés l'exploration des liens qui les unissent, des conditions de leurs activités, de la signification des termes qu'ils manipulent et des chemins par lesquels ils peuvent évoluer.

---

<sup>19</sup> ABBAD J. « Organisation et management hospitalier », Paris BERGER LEVRAULT, 2001, p. 417.

<sup>20</sup> PENBO-LATOUCHE A. « Pour en finir avec le savoir être », revue soins cadres, n°41, février 2002, pp. 43-45.

<sup>21</sup> FRIEDBERG E. « Pouvoir et la règle », PARIS Editions du seuil, 1993.

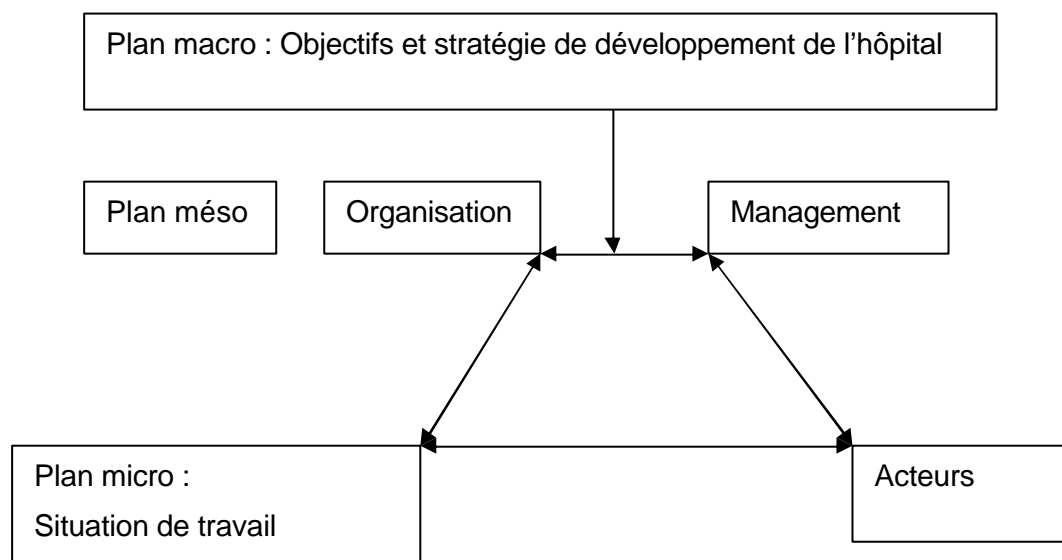
<sup>22</sup> MOISDON JC « Du mode d'existence des outils de gestion », édition Seli Arslam, 1997, p. 92.

L'élaboration d'un référentiel de compétences<sup>23</sup> consiste en la dénomination et la définition des compétences attendues par l'organisation, le plus souvent au travers d'une co-production avec les acteurs (aspects délibératif, de coopération et d'implication) qui prend en compte la dimension individuelle et collective du travail.

Le référentiel de compétence est au cœur d'un système à plusieurs dimensions :

- au plan macro, la politique, les objectifs et les stratégies de l'hôpital vont induire les modes d'organisation et les styles de management du plan méso.
- au plan méso, l'organisation et le management vont configurer les situations de travail et les interactions entre les différents acteurs.
- au plan micro, se trouve les interactions situations de travail /acteurs.

Ce système à plusieurs dimensions peut se schématiser ainsi :



Le référentiel permet à chaque salarié de se situer par rapport aux exigences actuelles (fonction descriptive) et futures (fonction prospective) de son métier dans le cadre d'un parcours professionnel. Il permet également d'objectiver les appréciations portées sur le professionnalisme de chacun. Il sert à l'entretien hiérarchique. Relié à un système de classification, c'est l'outil grâce auquel les salariés sont rémunérés au regard des compétences qu'ils maîtrisent et qu'ils exercent.

Le processus de construction d'un référentiel est donc un processus collectif, qui réunit les différentes catégories d'acteurs et à l'occasion duquel chacun exprime ses propres représentations et ses propres enjeux d'usage. Ce processus doit aboutir à un compromis

---

<sup>23</sup> JOUVENOT C. et PARLIER M. «Elaborer des référentiels de compétences», édition ANACT, 2005, p. 10.

au travers duquel ce n'est pas tant la fidélité aux réalités du travail, de l'emploi qui importe que l'accord qu'il représente, signifiant ainsi qu'il fait affaire. Il devient ainsi un outil de reconnaissance des compétences, de gestion des parcours, de gestion des carrières, de gestion de la formation et pourquoi pas de la rémunération. Le référentiel de compétence apparaît donc comme la clé de voûte du management des compétences.

### **2.2.3 L'entretien d'évaluation et de recrutement sont les moments forts du management des compétences**

#### A) Le recrutement

C'est un moment privilégié pour identifier les compétences acquises par le salarié dans le cadre de son expérience et de mesurer l'écart entre ses compétences acquises et les compétences attendues au regard du poste souhaité ou disponible.

L'analyse du curriculum vitæ et les échanges doivent permettre d'avoir une idée des compétences acquises en sachant que c'est en situation que les compétences devront être confirmées. L'encadrement de proximité a donc un rôle important à jouer pour valider ce diagnostic de compétences, réalisé à l'aide du référentiel.

L'identification des compétences acquises va permettre aussi d'orienter le salarié au sein de l'hôpital, dans un pôle et d'évaluer son degré de mobilité. Il permet également de mettre en place des modalités d'adaptation à l'emploi spécifique (formation, tutorat...).

#### B) L'entretien d'évaluation

C'est l'activité managériale qui doit permettre la reconnaissance des compétences dans lesquelles, le salarié excelle et celles qui lui posent problème dans le cadre de son activité actuelle. Le référentiel de compétences constitue un des outils managériaux pour permettre de choisir dans un échange constructif avec le salarié les actions pertinentes à mettre en œuvre. Le cadre évalue le degré de maîtrise de la compétence du professionnel en situation et échange avec le professionnel leurs points de convergences ou de divergences.

Nous distinguerons<sup>24</sup> quatre niveaux :

- le niveau débutant = la compétence n'est pas maîtrisée, ce qui génère des distorsions, même lors des situations normales. Le professionnel a un comportement aléatoire et inadéquat. Son travail est incomplet et perturbateur pour les autres.

---

<sup>24</sup> CHAMINADE B. « Classer les compétences » dans l'ouvrage « Enjeux et définitions du management des compétences », AFNOR, mars 2004, p. 8.

- le niveau généraliste = il maîtrise les situations normales, mais il ne sait pas appréhender les situations complexes. Le professionnel assure le service « minimum ».
- le niveau confirmé = il maîtrise parfaitement toutes les situations, même improvisées. Il peut enseigner cette compétence.
- le niveau expert = c'est l'excellence qui permet, au-delà de la parfaite maîtrise du niveau précédent, d'innover, de proposer une normalisation et l'établissement de procédures de références et, enfin d'être reconnu à l'extérieur, au plan national et international.

L'entretien d'évaluation doit déboucher sur un contrat de développement des compétences, par la valorisation de la formation et par l'organisation de parcours qualifiants.

Il peut déboucher sur la reconnaissance des compétences qui peut prendre des formes différentes : rétribution non monétaire, classification, rémunération, VAE.

## **2.3 La gestion des compétences permet de faire des liens entre la qualification, la compétence et la performance.**

### **2.3.1 La qualification**

La qualification professionnelle garantit, selon Alain DUMONT<sup>25</sup>, des ressources mises à disposition de l'employeur par le salarié. Elle est un socle de savoirs, savoir faire et comportements professionnels reconnus utiles et valorisés par une profession en fonction de situations types.

- Elle construit également l'identité professionnelle. Guy le BORTEF<sup>26</sup>, dans son approche sur le processus de professionnalisation explique que le professionnel nécessite l'acquisition de compétences techniques, mais aussi de capacité d'analyse, de prise de décision, de capacité de distanciation face aux événements qui ne s'acquiert pas simultanément. Il différencie le débutant du professionnel confirmé (personne capable de prendre des initiatives pertinentes, ayant un bon niveau d'autonomie) et de l'expert (personne ayant la maîtrise des compétences et étant capable d'improvisation).

Ces paramètres expliquent les stratégies comportementales d'un individu qui vise à se positionner par rapport à une norme attendue dans le but d'atteindre la maîtrise professionnelle et la construction d'une identité professionnelle.

---

<sup>25</sup> DUMONT A. «Un individu devient compétent lorsque l'entreprise lui en donne les moyens », revue personnel, 2000/08-09, n°412, p. 26.

<sup>26</sup> Guy LE BORTEF « l'ingénierie des compétences », Paris : éd. organisation, 1998, p. 415.

### 2.3.2 La compétence

- *Des définitions en lien avec les situations de travail et l'activité des acteurs*

La compétence a pour origine le mot latin « competo » qui signifie « se rencontrer sur un même point, s'accorder avec, convenir à ». L'étymologie de ce mot met en évidence les deux traits essentiels qui caractérisent la compétence : d'une part l'expérience conjuguée entre les différents savoirs (se rencontrer sur un même point), d'autre part l'adaptation (s'accorder avec, convenir à).

Selon Richard BARTHES<sup>27</sup>, « *la compétence est le résultat d'un mécanisme complexe et invisible qui va permettre la réalisation d'une activité. Lorsqu'on observe un opérateur sur son poste de travail, on ne voit que l'activité, c'est-à-dire l'ensemble des tâches qu'il accomplit. Les tâches sont produites par un ensemble d'opérations combinées que l'on désigne par le terme de compétences. La compétence peut s'analyser comme un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structurés, mobilisés et utilisables en fonction des activités à réaliser dans les situations de travail actuelles ou futures* ».

Guy le BORTEF<sup>28</sup> la définit « *comme une combinaison de plusieurs savoir-faire dans un contexte particulier guidée par une intentionnalité* ». La compétence est la résultante du savoir agir, du vouloir agir et du pouvoir agir.

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

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

Aller au-delà du prescrit, signifie passer du savoir faire au savoir agir, c'est-à-dire faire des choix, prendre des initiatives, réagir à un aléa, prendre des responsabilités<sup>29</sup>.

Ces deux définitions de la compétence sont complémentaires. La première nous servira à déterminer les compétences critiques et les compétences clés dans chaque unité (pas au-delà de cinq) et, la deuxième nous éclairera sur l'utilisation des compétences dans le résultat attendu, qu'elles soient individuelles ou collectives.

- *la compétence individuelle*

Il existe deux facettes<sup>30</sup> de la compétence individuelle :

---

<sup>27</sup> Ibid, référence 1, p. 36.

<sup>28</sup> CADIN L et GUERIN F. « La gestion des ressources humaines », DUNOD, 2003, p. 415.

<sup>29</sup> ZARIFIAN Ph. « objectif compétence », Editions liaisons, 2001, pp. 65-71.



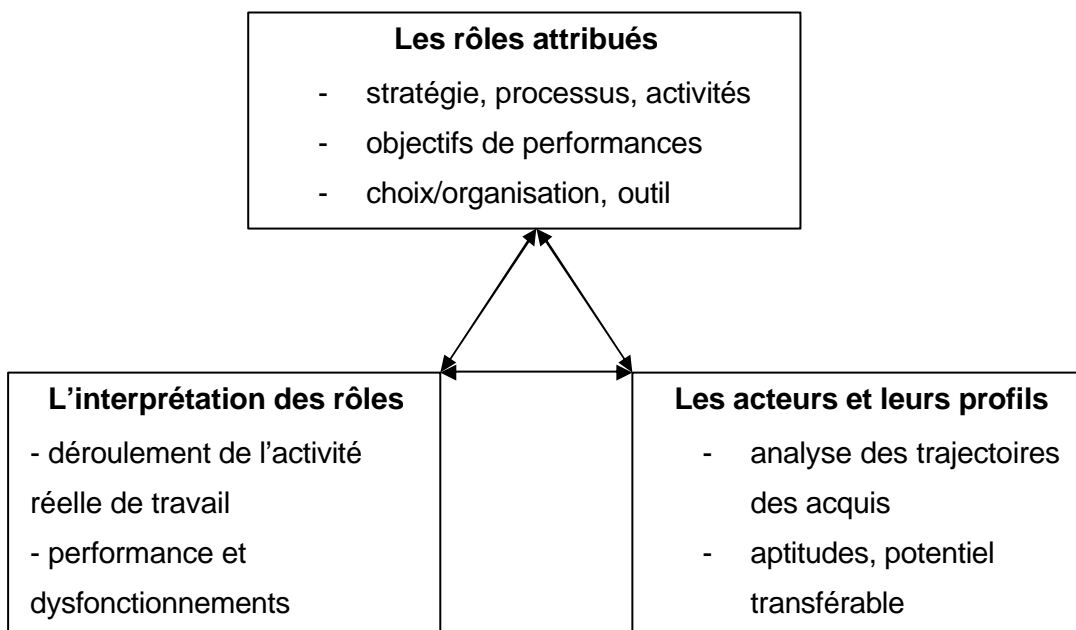
- « *le savoir faire avéré, par sa mise en œuvre* ».

Il s'agit de la capacité démontrable d'un individu à réaliser un résultat donné, sous certaines conditions de ressources ; elle résulte de connaissances acquises, d'expériences professionnelles et de traits de personnalité.

- « *le mandat à faire* »

Il est issu de choix sur la stratégie, la technologie mise en œuvre, l'organisation.

Ces deux facettes donnent trois angles de vue des compétences individuelles :



Le professeur MATILLON désigne « *la compétence comme une réalité dynamique : l'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte singulier marqué par des relations de travail, une culture institutionnelle, des ressources* ».

R. WITTORSKI<sup>31</sup> confirme cette composante culturelle de la compétence (il s'agit de l'influence de la culture de l'organisation sur les compétences produites) et introduit une composante affective qui fait référence à une forte imbrication existant entre compétence et motivation, engagement subjectif.

P.H. FRANCOIS<sup>32</sup> introduit une nouvelle notion qui prolonge cette réflexion. « *Le sentiment d'efficacité personnel correspond à un jugement que se fait la personne à*

---

<sup>30</sup> JOUVENOT C. et PARLIER M. «Elaborer des référentiels de compétences », édition ANACT, 2005, p. 133.

<sup>31</sup> WITTORSKI R. « De la fabrication des compétence », éducation permanente, n°135, février 1998, pp. 57-69.

<sup>32</sup> FRANCOIS P.H. « Sentiments d'efficacité et compétences : une approche sociale cognitive », éducation permanente, n°135, février 1998, pp. 45-55.

*propos de ses capacités à organiser et réaliser des actions prescrites et pour lesquelles un niveau de performance est attendu d'elle ».*

C. CHARLOTT<sup>33</sup> et S. STECH définissent le transfert : *« le transfert n'est pas « transport » mais « pontage » entre deux problèmes, deux situations, deux disciplines, entre le passé et le présent, entre deux ou plusieurs logiques. Transférer, c'est d'abord établir des liens en mettant en œuvre des processus cognitifs, affectifs, culturels et sociaux ».*

Pour C. LEUX LE BOYER<sup>34</sup>, *« il s'agit essentiellement de tirer parti de son expérience en adoptant une attitude critique par rapport à la manière dont on perçoit et résout les problèmes éventuels, et enfin, de savoir profiter activement de ses observations »*

Dans le champ de la psychologie expérimentale, il désigne *« un ensemble de processus psychologique grâce auquel une activité est facilitée par une autre qui lui est analogue et qui l'a précédée ».*

#### *- La compétence collective*

Selon R. TEULIER<sup>35</sup>, *« pour concourir à ces compétences collectives, chacun doit mettre en œuvre ses compétences, son action mais aussi savoir les insérer comme contribution à l'œuvre collective ».*

ZARIFIAN<sup>36</sup> parle du passage de la logique de l'opération à celle de l'événement qui suppose d'être capable de réagir à des événements, de communiquer efficacement avec les collègues impliqués également dans le procès et de mobiliser de l'intelligence (individuelle comme collective) pour interpréter ce qui se passe et apporter des correctifs adaptés.

Les démarches qualité permettent également de développer la compétence collective. Elles ont pour objectif d'assurer la transparence et la fiabilité des processus de soins et constituent une manière de prendre en compte l'utilisateur et les besoins du patient. Il s'agit de formaliser, de conserver des traces, ce qui suppose de revenir sur les processus en question, de les transformer en les écrivant et de capitaliser des savoirs. S'occuper du patient constitue en soi une prestation. Selon HUGHETTO (2002) pour personnaliser le service à moindre coût, on ne fait plus confiance à des

---

<sup>33</sup> CHARLOT B. et STECH S. « A la recherche du concept » in « Le transfert des connaissances en formation initiale et continue », CRDP, Académie de LYON, 1994, p. 29.

<sup>34</sup> LEUX LEBOYER C. « La gestion des compétences », Editions organisations, 1996.

<sup>35</sup> TEULIER R. « Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences », Revue soins cadres, n°41, février 2002, pp. 23-26.

<sup>36</sup> CADIN L et GUERIN F. « La gestion des ressources humaines », DUNOD, 2003, p. 25.

« professionnels » pour prendre en charge le patient, mais on mise sur l'organisation et la professionnalisation collective.

Les interfaces, la coopération et la coordination deviennent les éléments essentiels de la performance, obligatoirement collective. Les individus ne peuvent plus se conformer aux règles de leur métiers quand ils en ont un, ou du contour de leur fiche de poste et exécuter les tâches prescrites sans se préoccuper du reste. Il leur faut dorénavant prêter grande attention à l'activité de leurs collègues, œuvrer ensemble pour une finalité commune, connaître l'ensemble du processus de production, avoir une idée des compétences voisines des leurs et converser avec. Ce sont les savoir être.

La compétence<sup>37</sup> est donc toujours une construction conjointe de l'individu, du collectif de travail et de l'organisation.

Selon C. BATAL<sup>38</sup>, « *les activités professionnelles correspondent à ce que fait concrètement une personne dans le cadre de sa fonction tandis que sa performance réside dans le résultat qu'elle a pu obtenir dans le cadre de ses activités. La performance est une coproduction entre l'individu et la structure par rapport au développement des compétences, ses conditions d'exercices et sa politique managériale.* »

### **2.3.3 La notion de performance**

Les compétences<sup>39</sup> peuvent se relier à la performance par un simple modèle causal qui indique que la motivation, le trait de caractère, la conception personnelle et le savoir, lorsqu'ils sont activés par une situation, président des comportements qui à leur tour président la performance. Les compétences incluent une intention, une action et un résultat.

Ces compétences doivent être en lien avec les démarches qualités en place au sein de l'établissement.

Pour Christine COMBES<sup>40</sup>, « *les investissements compétence constituent des tentatives de réponse à un problème de performance... La concurrence est devenue*

---

<sup>37</sup> LICHTENBERGER « De la qualification à la compétence et vice et versa », revue personnel, 2000/08-09, n°412, p. 82.

<sup>38</sup> BATAL C. « Evaluation des compétences et ses enjeux », revue soins cadres, n°41, février 2002.

<sup>39</sup> MITRANI A. et collaborateurs « des compétences et des hommes, le management des ressources humaines en Europe », les éditions d'organisation, 1992, p. 25.

<sup>40</sup> JOUVENOT C. et PARLIER M. « Elaborer des référentiels de compétences », réseau édition Anact, 2005, p. 6.

*telle que tous les professionnels sont sollicités pour faire la différence et leur activité devient déterminante. »*

La rémunération est susceptible de constituer la contrepartie raisonnable de l'engagement des professionnels dans un dispositif fondé sur les compétences ; le coût économique devant quant à lui correspondre à une plus grande efficacité en production ou dans le service rendu au patient.

Ces différentes définitions de la compétence ne s'opposent pas entre elles mais se complètent. De même, dans son dispositif de développement des compétences, le DS n'opposera pas compétence et qualification ou compétence et formation comme le préconise Yves LICHTENBERGER<sup>41</sup>. Il faut au contraire chercher à comprendre la façon dont la première s'exerce en s'appuyant sur les ressources constituées par la seconde pour s'inscrire dans le cycle de la qualification à la compétence. Il fait également le lien avec la notion de performance qui est présentée comme une mesure d'atteinte des objectifs collectifs.

<b>Les ressources d'un individu</b>	Qualités de l'individu évaluées à priori	Relation individu+moyens évalués en situation	Effets individu + collectif évalués à posteriori
Approche synthétique et globale	<b>La Qualification</b> Un signe de professionnalité	<b>La Compétence</b> Une prise de responsabilité	<b>La Performance</b> Une mesure d'atteinte d'objectifs collectifs
Approche analytique et partielle	des capacités reconnues utiles dans un type de situation.	des compétences effectivement exercées dans une situation particulière	des résultats obtenus mesurés au travers d'indicateurs

C'est donc à partir de l'action située dans un environnement singulier caractérisé par des déterminants sociaux, économiques, organisationnels, que la compétence se construit. C'est plus particulièrement à partir d'un collectif que l'individu est reconnu comme compétent. La compétence est donc le produit d'une interaction entre l'individu et un collectif, collectif qui est le cadre de sa légitimation et de sa reconnaissance. Pour que ces interactions se mettent en œuvre dans une dynamique au sein d'une nouvelle organisation, deux facteurs sont essentiels à la mise en œuvre et au développement des compétences :

- l'existence d'un but explicité à la situation de travail ;
- sa reconnaissance par un collectif.

---

<sup>41</sup> LICHTENBERGER Y. « De la qualification à la compétence et vice et versa », revue personnel, 2000/08-09, n° 412, p. 80.

La capacité du DS à fixer des objectifs d'activités tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif au niveau individuel et collectif sera donc un bon moyen de mobiliser les compétences des professionnels auprès des patients et de structurer les relations entre eux.

## **2.4 La gestion des compétences se caractérise par une organisation « apprenante » qui tend vers la qualité et la sécurité des soins.**

En effet, la GC pose fondamentalement la question de l'organisation du travail dans la mesure où c'est l'organisation qui doit s'adapter aux compétences des professionnels, si elle cherche à les utiliser au mieux et à les développer. L'organisation du travail se veut être aussi une réponse en termes de productivité et de satisfaction des besoins des patients dans un processus rationnel. La mise en place de procédures est une illustration de cette démarche organisationnelle.

Une organisation apprenante se caractérise par :

- la mise en place d'un dispositif d'actualisation des connaissances,
- une démarche élaborée sur le tutorat du nouvel arrivé,
- une démarche construite sur le tutorat des stagiaires en lien avec les instituts de formation,
- la remise en question de ces pratiques (existence d'audit, d'EPP...),
- par la reconnaissance des compétences acquises (VAE),
- un planning qui garantit la présence des compétences critiques et clés au niveau du service,
- un dispositif de formation en lien avec le développement des compétences attendues.

L'élaboration de ce modèle théorique permet de prendre de la « hauteur » par rapport à la complexité du sujet traité. Il sert de base comparative au moment de l'enquête et à la conception des maquettes d'analyse documentaire<sup>42</sup> et d'entretiens semi directifs<sup>43</sup>. Il contribue à élargir la démarche pragmatique de la mise en place d'une politique de GC et à avoir des propositions concrètes dans la mise en œuvre de cette politique en tant que DS.

---

<sup>42</sup> Annexe 1.

<sup>43</sup> Annexe 2.

### 3 La gestion des compétences : mythe ou réalité

L'enquête a eu lieu dans deux types de structures différentes. L'une est un CHRU de 2800 lits, l'autre est un CH de 1800 lits. Les pôles enquêtés sont de spécialités différentes l'un est spécialisé en néphrologie, l'autre en gériatrie. Le CHRU a une politique de développement des compétences clairement affichée dans le projet social et le projet de soins. Le CH semble avoir une politique beaucoup plus modeste sur le développement des compétences au regard du volume des développements écrits sur le thème de la GC dans le projet social et dans le projet de soins.

#### 3.1 L'enquête et la méthodologie

**La question de départ** est « en quoi la gestion des compétences est elle un enjeu stratégique pour la prise en charge des patients et pour les professionnels ? ».

**Les hypothèses de travail** pour répondre à cette question sont au nombre de trois.

La première consiste à penser que « la gestion des compétences nécessiterait d'être un enjeu stratégique affiché pour la prise en charge des patients et pour les professionnels ». La documentation recueillie pour valider cette hypothèse est le projet social, le projet de soins et le projet de pôle. Une analyse documentaire<sup>44</sup> est réalisée à partir de la maquette prévue à cet effet. Le projet de pôle, quelque soit les structures, ne s'est pas avéré un document intéressant pour notre enquête dans la mesure où la déclinaison en terme de compétences n'est pas abordée. Il présente essentiellement le projet médical. Ce qui veut dire à contrario que c'est au DS et à son équipe d'encadrement de faire ce type de travail en collaboration étroite avec la direction des ressources humaines, la direction de la qualité et la CME. En effet, la nature des prises en charge et les référentiels de pratiques associées à celle-ci vont se décliner en compétences critiques et clés à acquérir pour le personnel.

La deuxième pose le postulat que « la gestion de compétences permettrait de développer un management stratégique des compétences ». L'enquête consiste à recueillir des informations pour savoir si nous sommes bien en présence d'un management stratégique des compétences. Celui-ci se formalise par :

- des pratiques managériales (l'entretien de recrutement, l'entretien d'évaluation,) qui sont cohérentes avec le projet médical de pôle et qui sont basées sur l'écoute et la bienveillance. L'objectif est de favoriser l'expression des agents dans le cadre de leurs activités.

---

<sup>44</sup> Annexe 1 : support analyse documentaire.

- des outils (existence d'un référentiel de compétences co-construit avec les professionnels, de fiche de poste voire de fiche de compétences). L'intérêt de ces outils est de permettre un diagnostic de compétences individuelles et collectives.
- des plans d'actions collectifs et individuels (un accompagnement personnalisé de l'agent, qui s'appuie sur ses compétences et qui prend en compte son projet professionnel).

La troisième pose également le postulat que « la gestion des compétences nécessiterait la mise en place d'une organisation apprenante pour répondre à la prise en charge du patient, à son évolution, à la qualité et à la sécurité des soins ». Cette organisation se traduit par :

- des outils de gestion (tableaux de bord prospectifs en gestion des ressources humaines, plannings) qui garantissent l'adéquation ressources – compétences - prises en charge ;
- le développement des compétences individuelles centrées sur le projet de pôle par des formations d'adaptation à l'emploi, par la mise en place de formations individuelles, par la présence de staff régulier permettant l'actualisation des connaissances ;
- le développement de compétences collectives (par la mise en place de formations collectives, capitalisation des connaissances, formalisation de procédures, de protocoles de soins, organisation du travail en lien avec le corps médical).

**Le choix méthodologique** repose sur une analyse documentaire du projet social et du projet de soins qui sera ensuite croisée avec les entretiens des différents professionnels sur les mêmes thèmes et sous thèmes.

**Concernant l'analyse documentaire**, nous distinguons trois thèmes :

- Le 1<sup>er</sup> thème : le développement des compétences en tant que stratégie

Les sous thèmes analysés sont : les orientations stratégiques sur le thème, les orientations stratégiques concernant la continuité des soins, la sécurité et la qualité des soins.

- Le 2<sup>ème</sup> thème : le management et le développement des compétences

Les sous thèmes analysés sont : l'identification des compétences, le recrutement, l'entretien d'évaluation, les qualités managériales permettant d'aborder cette problématique avec les professionnels.

- Le 3<sup>ème</sup> thème : l'organisation et le développement des compétences.

Les sous thèmes analysés sont : l'actualisation des connaissances, le tutorat pour le nouvel arrivé ou le stagiaire, le développement des compétences individuelles et collectives et la mobilité.

Une analyse quantitative et qualitative est réalisée dans un premier temps sur les différents thèmes et sous thèmes afin d'avoir l'objectivité la plus grande possible. Les commentaires et la mise à distance se sont faits dans le deuxième temps.

**Concernant les entretiens semi directifs**, une maquette<sup>45</sup> a été réalisée. Elle a servi de fil conducteur aux entretiens avec les différents acteurs de l'hôpital tout en respectant l'expression spontanée sur le thème. La maquette a été ajustée concernant le public infirmier. Quatre entretiens ont été réalisés pour tester la maquette. Le contenu de ces entretiens et de ceux menés en structure a servi également à alimenter des propositions concrètes dans le cadre de la mise en place d'une démarche de GC en tant que DS.

L'échantillon concernant les entretiens semi directifs menés dans deux structures hospitalières est de douze. Il s'agit de deux directeurs des ressources humaines, deux directeurs des soins, deux médecins responsables de pôles, deux cadres responsables de pôles, deux cadres de proximité et deux infirmières. Chaque entretien a duré en moyenne une heure.

Au sein de chaque structure, six entretiens ont été réalisés auprès de professionnels qui sont en lien de coopération ou en lien hiérarchique. L'idée est de vérifier l'impact stratégique en «bout de chaîne » et de repérer les zones de complémentarité et de coopération entre les professionnels. Les thèmes abordés ont été la continuité des soins, la GC en tant que stratégie, le management stratégique, l'organisation « apprenante », les limites de la mise en œuvre d'une GC.

## **3.2 Analyse de l'enquête**

### **3.2.1 Une stratégie affichée sur la gestion des compétences a des effets sur les acteurs**

- A) La gestion des compétences est une stratégie affichée au niveau du projet social et du projet de soins.

Le CHRU a une politique clairement affichée sur le développement des compétences contrairement au CH, où cet enjeu est moins affirmé. Nous retrouvons ce constat au niveau :

- a) *Du projet social*

---

<sup>45</sup> Annexe 2 : « maquette questionnaire d'entretien ».



Concernant le projet social du CHRU<sup>46</sup>, il y a trois orientations sur cinq qui concerne la gestion des compétences. L'ensemble des thématiques est abordé. Cela va de la transmission des savoirs entre les générations, à l'identification des compétences et à leur évaluation, aux besoins futurs du CHRU. Le rôle de l'encadrement dans cette approche est souligné. Des formations sont également prévues pour répondre à ses évolutions managériales. L'ensemble des composantes d'une organisation « apprenante » est présent.

Concernant le projet social du CH<sup>47</sup>, une orientation sur trois concerne la GC et s'intitule « anticiper et accompagner les changements liés à l'emploi ». La GC représente 17% du contenu. Dans celui-ci, la continuité, la qualité et la sécurité des soins ne sont pas abordées comme thématique. L'accent est mis sur l'évolution professionnelle du personnel.

*b) Du projet de soins*

Concernant le projet de soins du CHRU<sup>48</sup>, les trois axes stratégiques sont sous tendus par une problématique de compétences. Il s'agit :

- d'améliorer le management, la gestion des ressources humaines et des compétences,
- rendre plus performantes les organisations et les prises en charge des patients,
- renforcer la professionnalisation pour mieux répondre aux grands enjeux de santé publique.

Les trois mots clés (compétences, management, organisation) sont présents. Le terme de professionnalisation traduit une réelle volonté de développer les compétences. Les soins sont définis comme un ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins.

Concernant le CH<sup>49</sup>, le projet de soins s'inscrit en continuité avec le projet médical autour des prises en charge sans réelle réflexion sur le développement des compétences.

Néanmoins, trois axes forts sont retenus en plus du projet médical :

- le maintien et l'adaptation des compétences,
- le développement des démarches d'adaptation à l'emploi,
- le partenariat avec les écoles de formation.

Ces trois axes concernent la GC, mais ils ne sont pas développés en termes de contenu.

---

<sup>46</sup> Voir Annexe 3: projet social Mo.

<sup>47</sup> Voir Annexe 4: projet social Mu.

<sup>48</sup> Voir Annexe 3: projet de soins Mo.

<sup>49</sup> Voir Annexe 4: projet de soins Mu.

B) La gestion des compétences est une stratégie vécue et reconnue par les acteurs  
Nous allons ici analyser les éléments qui permettent à un DRH et un DS d'affirmer qu'il y a bien une politique de GC et ceux qui sont perçus par l'encadrement et les professionnels.

a) *Au niveau du CHRU*

Au niveau de la DRH, la GC est un enjeu stratégique affiché dans la mesure où elle se trouve dans trois orientations du projet social. La mise en place de ces orientations va se réaliser en plusieurs étapes pour passer d'une logique d'emploi à une logique de métier. Elle va nécessiter l'acquisition d'un logiciel dans le champ de la Gestion des Ressources Humaines (GRH).

Au niveau du DS, la GC est un enjeu stratégique affiché qui est très présent dans le projet de soins. Cet enjeu repose sur la capacité à se projeter sur 5 à 6 ans en termes de besoins en ressources humaines et de qualification. Il doit se décliner dans les projets de pôles en fonction du projet médical.

Au niveau du PRP, il fait plusieurs constats. Le premier porte sur notre manière d'aborder de façon trop conceptuelle la qualité et la sécurité des soins, d'avoir une approche qui se dépragmatise. La performance s'arrête là où la bureaucratie excède. Le deuxième constat, c'est que certaines procédures font perdre aux agents la finalité des choses et le temps humain celui qui consiste à prendre le temps de regarder un patient, de parler avec lui. Le troisième constat, est l'absence d'évaluation des procédures que nous mettons en place. Il peut y avoir des effets collatéraux qui sont plus nocifs que la mesure elle-même. Concernant le projet de pôle, il n'y a pas de chapitre sur la GC. Cependant, un projet de formation au niveau du pôle a été choisi sur l'observance. Celle-ci correspond à une compétence clé du service qui sera évaluée en EPP.

Au niveau du CSSRP, la réponse est mitigée au regard des contraintes économiques actuelles. Il y a bien une volonté de développer les compétences, mais en même temps des postes soignants sont supprimés et il n'y a pas le dédoublement du personnel pour assurer une formation d'adaptation à l'emploi en lien avec la sécurité patient.

Au niveau du CDS de proximité, la réponse est également mitigée. Le manque de moyens, les difficultés de recrutement et le turn-over du personnel ne permettent pas d'avoir une vraie politique de GC.

Au niveau des IDE, elles considèrent que c'est un enjeu affiché dans la mesure où elles peuvent bénéficier de formations.

b) *Au niveau du CH*

Au niveau de la DRH, la GC est un enjeu stratégique affiché car la politique de formation représente 3% de la masse salariale. C'est donc une politique sociale forte au sein de

l'établissement. La formation continue et la formation promotionnelle ont un poids identique en termes de budget.

Au niveau de la DS, la GC est un enjeu stratégique affiché dans la mesure où elle s'applique à mettre le professionnel au bon endroit grâce à un travail de proximité avec les cadres de santé. Sur l'atteinte de l'excellence, elle part du principe que c'est agent dépendant. Cela se traduira par des demandes de formations spécifiques.

Au niveau du PRP, la GC n'est pas un enjeu stratégique affiché. Il part du principe que les compétences se développent dans l'action. La densité des ressources, la motivation et l'absentéisme font parties de ses préoccupations.

Au niveau du CSSRP, elle fait part de l'évolution de la fiche de poste où les capacités attendues sont détaillées maintenant. Elle souligne que cette préoccupation autour des compétences attendues commence à peine à être partagées avec le corps médical et la direction des soins. Il faut en effet des compétences différentes selon les unités.

Au niveau du CDS de proximité, elle n'a pas le sentiment que la GC est un enjeu stratégique affiché. Elle prend comme argumentation le manque d'anticipation par rapport au départ en retraite, le peu voire l'absence de changement de pratiques des agents suite aux formations et le peu de formations organisées sur place. Beaucoup d'agents ne vont pas en formation à cause de la contrainte de déplacement.

Au niveau des IDE, elles pensent que c'est un enjeu affiché dans la mesure où elles estiment qu'il y a des possibilités d'aller en formation.

### *c) Conclusion*

La gestion des compétences est perçue différemment selon les professionnels que ce soit au niveau du CHRU qu'au niveau du CH.

Malgré un enjeu stratégique affiché pour le CHRU, l'ensemble des acteurs ne perçoit pas complètement cet enjeu notamment au niveau de l'encadrement. Cependant, cet encadrement a mis en place toute une réflexion sur les compétences clés au niveau du service qui s'est déclinée de façon concrète sur l'adaptation à l'emploi avec des procédures d'évaluation et d'accompagnement. Ils ont également déterminé avec le PRP un projet de formation collectif impliquant les médecins et les non médecins. Malgré des conditions en personnel difficiles, l'enjeu stratégique affiché a généré des effets positifs sur la qualité de la prise en charge des patients. En effet, les référents du service et l'encadrement garantissent par leur processus d'intégration l'opérationnalité du nouvel arrivé.

Au niveau du CH, bien que cet enjeu stratégique soit moins affiché dans le projet social et le projet de soins, le DRH et le DS considèrent que dans les faits et dans leur pratique, c'est le cas. Mettre la personne au bon endroit fait parti de leur objectif de coopération. Cela passe par un travail de collaboration avec les cadres. Pour le PRP et l'encadrement,

c'est un enjeu qui est peu présent, mais qui commence à émerger (projet lancé au moment de l'enquête sur une cartographie des compétences). L'IDE considère que c'est un enjeu affiché dans la mesure où elle peut aller en formation.

C) La gestion des compétences met en évidence une complémentarité des rôles

a) *Au niveau de la direction des ressources humaines et de la direction des soins*

La gestion des compétences apparaît comme un domaine de coopération où les responsabilités sont complémentaires.

La DRH apporte la vision quantitative des ressources en présence grâce aux tableaux des emplois par pôle. La qualification est le niveau de lecture des deux directeurs. Cependant les DRH considèrent que le DS et son équipe d'encadrement apportent la vision qualitative. Celle-ci permet de garantir qu'il y a les bonnes compétences auprès du patient. Le rôle clé des cadres de proximité est mis en valeur et la nécessité d'un travail de collaboration entre la direction des ressources humaines et la direction des soins est soulignée pour pouvoir « mettre la bonne personne au bon endroit ». Le positionnement du cadre de proximité, face à son équipe, dans la composition du planning apparaît central dans cette adéquation entre les ressources compétences et les besoins des patients.

L'élaboration du plan de formation constitue également une zone de coopération importante entre le DRH et le DS. Le DS apporte sa contribution sur le versant qualitatif des formations et des promotions pour les professionnels soignants. Le reclassement des professionnels soignants fait partie de cette réflexion. A l'extrême, un licenciement pour insuffisance professionnelle ou pour maltraitance peut être envisagé si les faits sont avérés.

Un système d'information est nécessaire pour mesurer les écarts entre les ressources et les activités et pour assurer le suivi personnalisé des agents au niveau des compétences.

b) *Au niveau du praticien responsable de pôle et du cadre supérieur*

Les PRP reconnaissent la compétence des cadres supérieurs dans le management des compétences et des organisations. Il apparaît une évolution des rapports entre le PRP et l'encadrement. La nouvelle gouvernance favorise une coopération plus importante sur la résolution des problèmes et sur la mise en œuvre du projet de pôle entre le PRP et l'encadrement.

c) *Au niveau du cadre de proximité et de son équipe*

Le cadre a un rôle important dans la GC, reconnu par les équipes en fonction de son positionnement. C'est lui qui impulse cette démarche auprès des équipes et qui la rend

accessible au niveau des professionnels. Il est important qu'il puisse la présenter de façon concrète en termes d'attendu, ce d'autant qu'il a des professionnels peu qualifiés (ASH).

### **3.2.2 Le management des compétences se situe sur les deux structures enquêtées entre le concept et l'opérationnalité.**

- A) Le management des compétences part bien de l'identification des compétences.  
Pour autant les référentiels de compétences restent à mettre en place.

Que ce soit au niveau du CHRU ou du CH, la gestion des compétences est une préoccupation importante au niveau des cadres supérieurs comme des cadres de proximité. Cependant, le niveau de formalisation et l'existence de procédures de validation des compétences montrent qu'au niveau du CHRU, l'encadrement est allé plus loin dans la démarche. Il n'a pas pour autant mis en place un référentiel de compétences. Par contre, il répond à la problématique des compétences critiques et clés du service qu'il souhaite avoir par l'intermédiaire d'objectifs d'apprentissage au niveau de leur programme de formation. De plus, des procédures de validations sont élaborées. Elles passent par un contrôle des connaissances (questions à choix multiple) et par une validation en situation de soins du professionnel référent et du cadre. Ce dispositif garantit la sécurité et la qualité des soins auprès des patients et permet à chaque professionnel de prendre ses responsabilités sans pour autant chercher à mettre en difficulté le nouvel arrivé.

- B) Le management des compétences se caractérise par un savoir être

Que ce soit au niveau du CHRU ou du CH, la verbalisation des problématiques de compétences du professionnel ne peut se faire que s'il y a une relation de confiance entre le cadre et celui-ci. De plus, les capacités d'écoute et d'empathie font parties également de se savoir être. Cependant, si cette verbalisation ne s'opère pas, le cadre par ses capacités d'observation sur le terrain, à partir de faits concrets peut amener également un professionnel à s'interroger sur ses compétences.

- C) L'entretien d'évaluation et de recrutement est un des temps fort du management des compétences

Ces moments sont vécus comme des moments privilégiés en termes d'échanges. Cela permet au professionnel de faire le point sur les objectifs fixés l'année précédente et de se projeter dans l'année suivante. C'est aussi un moment pour faire le point sur sa carrière et formuler des souhaits de mobilité. Pour autant, si ces moments sont annualisés, chacun reconnaît que c'est une démarche continue qui se déroule dans le quotidien des services, en fonction des événements et des patients.

### **3.2.3 L'organisation « apprenante » génère des relations entre les professionnels qui s'avèrent utile dans l'action pour la prise en charge des patients**

- A) Organisation et ressources en présence (planning, tutorat du nouvel arrivé et du stagiaire)

Le tutorat du nouvel arrivé et du stagiaire pose les mêmes problématiques en terme de processus avec un niveau de pratiques et de connaissances différents qui devra être pris en compte par le référent et l'encadrement. Les critères de choix du référent sont les mêmes que ce soit au niveau du CHRU ou du CH. Ceux-ci sont en lien avec des compétences professionnelles et pédagogiques : l'un ne va pas sans l'autre. Les procédures d'intégration au niveau du CHRU, que ce soit dans la conception ou dans la mise en œuvre, permettent un accompagnement du nouvel arrivé et garantissent son niveau de compétence « in concreto », au-delà du curriculum vitae ou d'un mode déclaratif.

Les relations entre les instituts de formation sont également importantes dans l'accueil des stagiaires. Les modalités de coopération au niveau du CH notamment sur le retour des évaluations des stages et sur le ressenti des stagiaires sont de bonnes initiatives qui incitent chaque professionnel à s'inscrire dans ses champs de responsabilité à partir d'observations faites sur des processus d'apprentissage et non sur des processus de jugement.

Concernant le planning, les règles de présence sont plus rigoureuses au niveau du CHRU (voir entretien cadre de Mo), du fait de la réflexion que l'équipe a pu avoir dans la mise en place de la formation d'adaptation à l'emploi. Il apparaît du coup normal de ne pas laisser tout seul dans un secteur le nouvel arrivé tant qu'il n'a pas atteint un certain niveau d'opérationnalité. La participation du référent à l'appréciation de ce niveau avec le cadre permet d'être dans une logique de transparence. De même, sa participation à l'intégration du nouvel arrivé instaure un processus d'entraide entre les professionnels dans la mesure où nous sommes bien dans une logique d'accompagnement. Cette logique d'accompagnement permet y compris lorsque cela se passe mal, d'amener le professionnel à prendre conscience « qu'il n'est pas fait pour cela ». En effet, travailler dans ce service nécessite, d'après le cadre, d'avoir des qualités de rigueur, de réactivité et des valeurs en lien avec les soins à prodiguer. Il nécessite également des capacités relationnelles et éducatives auprès des patients. L'accompagnement du nouvel arrivé va donc permettre de vérifier qu'il possède bien ces compétences. Il est intéressant de noter que deux règles ont été émises, suite à un problème concernant une IDE. Il n'y a pas de suite à la stagiarisation au sein du service quand ils ont un doute. La validation des compétences se fait en présence du cadre et en situation de soins. Le cadre a donc un « nouveau rôle à jouer » dans le cadre de la validation des compétences. Ce rôle

s'officialise dans le cadre de la validation des acquis et de l'expérience et constitue de fait un nouvel élément dans le positionnement des cadres. La proximité avec les agents et les enjeux de ces validations sont des éléments à la fois de garantie mais également de pression pour l'encadrement.

#### B) Organisation et développement des compétences

L'actualisation des connaissances au niveau de l'unité du CHRU se réalise par la possibilité d'aller à un congrès. Elle se réalise surtout à travers une coopération avec les médecins et les soignants à partir de « staff » sur un thème donné ou dans les échanges de point de vue au quotidien par rapport aux prises en charge des patients. La collaboration médecin - IDE est considérée par les IDE comme importante. Les propos de IDE de Mo sont les suivants : « *c'est au travers des discussions avec les médecins au sujet des patients que nous évoluons en terme de compétences* ». Cette dernière modalité est également présente au niveau du CH. Pour le PRP de Mu, cela permet de garantir une qualité de transmission dans le suivi des patients et d'avoir une logique d'action pluri professionnelle. Pour autant, il n'est pas favorable à organiser des staffs sur un thème commun entre médecins et non médecins, car il juge les niveaux différents. Dans le cadre des journées d'intégration, il a la volonté de diminuer la durée par deux du fait des contraintes que cela génère. Il n'y a de plus au niveau du PRP aucun désir de travailler sur les compétences dans la mesure où il considère que c'est dans l'action qu'elles se construisent. Il prend comme argumentation que la spécialité gériatrique s'est construite à partir de la médecine générale, dans l'action. La participation des professionnels à des groupes de travail est en lien avec cette vision. C'est à n'en pas douter un moyen efficace pour permettre à un professionnel d'actualiser ses connaissances sur un sujet (groupe expert du CH). C'est aussi un moyen pour développer des compétences individuelles et collectives.

Le développement de la compétence individuelle se réalise par le fait de pouvoir participer à des formations. C'est pour les professionnels de terrain l'indicateur majeur qui leur permet de dire s'ils sont dans une structure qui affiche la GC comme un enjeu important. L'absentéisme, l'absence de remplacement et la distance des formations par rapport au lieu de travail sont des freins à la possibilité pour les professionnels d'aller à des formations. Le cadre a également un rôle à jouer. D'après le cadre du Mo, c'est de son rôle de « *stimuler les professionnels à aller en formation* » et de « *se donner les moyens de le faire* ». La formation est donc perçue comme un des moyens essentiels pour les professionnels de développer leurs compétences. C'est également un des arguments de la DRH de Mu pour dire que la GC est un enjeu stratégique affiché au regard des dépenses générées (3% de la masse salariale). Pour autant, permettre à des professionnels de partir en formation ne garantit pas qu'ils mettent en œuvre les

compétences nouvellement acquises. C'est le constat du cadre de proximité de Mu qui n'observe pas les changements de comportements qu'elle attendait suite à des formations auxquelles ses professionnels avaient participé. Le rôle du cadre aurait peut être aussi été de stimuler ces changements. Cette absence de stimulation du cadre envers les professionnels pour obtenir des changements attendus est peut être aussi un effet de structure. En effet, nous ne trouvons pas du tout la même attitude chez celui de Mo. Par ailleurs, le DRH de Mu avec le DS souhaitent optimiser l'investissement en formation que le CH réalise. J'ai assisté au lancement, au moment de l'enquête, d'un projet pour avoir une cartographie complète des compétences par professionnels et par pôle. La participation à des formations qualifiantes sera prise en compte pour déterminer les compétences de chacun. L'implication des professionnels se fera dans l'apport des éléments de preuve en s'adressant au service de la formation.

Le développement des compétences collectives se réalise autour de plusieurs processus. Le premier est de déterminer un thème commun. Le PRP de Mo a déterminé celui de « *l'observance thérapeutique dans la maladie chronique* ». Ce qui est intéressant dans ce choix, c'est qu'il implique les médecins et les non médecins. Le deuxième processus fait référence à des démarches qualifiées comme les évaluations des pratiques professionnelles. C'est en travaillant sur le chemin clinique du greffé ou du patient dialysé que l'équipe a conçu des supports pour pouvoir répondre aux questions du patient, s'interroger sur le sens du soin et sur le pourquoi du protocole. L'ensemble de l'équipe a pris conscience de l'importance d'avoir le même discours entre médecins et non médecins auprès du patient et qu'une des compétences clé du service repose sur l'éducation du patient. Ils ont pris conscience que le patient pouvait commencer cette éducation dès les soins intensifs, ce qui permettait de diminuer la durée de séjour. En effet, l'autonomie du patient face à son traitement est un des critères pour envisager la sortie. Le troisième processus envisagé va être d'organiser une formation collective sur le thème choisi. Il est remarquable de constater que ces différents processus sont à l'image de la préoccupation actuelle du PRP qui a pris conscience de la fragilité des compétences collectives avec le turn-over de son équipe. Il y a la mise en place d'une stratégie pour essayer de répondre à une fidélisation de son personnel (IDE choisi en est un exemple), à une image de CHRU « *si c'est pour avoir une IDE lambda, alors nous ne serons plus un CHRU* » et à une qualité de soins auprès du patient.

### C) Organisation et mobilité professionnelle

Celle-ci comporte différents niveaux au regard des différents entretiens de l'enquête.

- Les mobilités qui impliquent le DS et le DRH

La coopération entre le DS et le DRH est essentielle dans ce cadre, comme le sont leurs relations avec l'encadrement, pour pouvoir « *mettre la bonne personne au bon endroit* ». Il



Il y a les mobilités dites « forcées » en lien avec une insuffisance professionnelle ou avec une maladie. Dans le cas de l'insuffisance professionnelle, il est important de partir d'un rapport circonstancié, afin d'avoir des faits objectifs à faire valoir auprès de l'agent et pour avoir des pistes de progression. Dans le cas d'une maladie, le travail entre la direction des soins, la direction des ressources humaines, la médecine du travail et le responsable de formation est essentiel pour pouvoir rebondir sur un nouveau projet professionnel.

Il y a des mobilités « choisies » dans le cadre d'un parcours professionnel. Que ce soit pour le CHRU ou le CH, une durée minimum de dix huit mois est imposée au niveau du personnel. Il est à noter que c'est une durée courte pour un développement de compétences. Cela semble être un fait générationnel d'après certains professionnels (PRP et encadrement de Mo). Le CH Mu a organisé un tour annuel de rotation.

Il y a des mobilités « promotionnelles ». Il y a au sein des deux structures des faisant fonctions de cadres qui sont donc amenés à changer de service pour s'essayer à la fonction de cadre. Ils bénéficient d'une formation pour préparer le concours et d'un accompagnement par les CSSRP.

- Les mobilités qui impliquent le CSSRP et le CDS.

Ce sont les mobilités pour gérer l'absentéisme ou entretenir une polyvalence ou un niveau de compétences. Concernant la gestion de l'absentéisme, il y a des règles explicites au niveau des professionnels et du pôle qui prennent en compte les compétences des différents secteurs. Le travail est réorganisé en fonction du profil du remplaçant. Concernant l'entretien d'une polyvalence, nous avons un exemple au niveau du CH Mu : le personnel de long séjour va en moyen séjour ou en court séjour pendant un mois pour entretenir ses compétences par rapport aux soins.

### **3.3 Conclusion : les hypothèses sont validées même si la gestion des compétences a des limites.**

La gestion des compétences est donc bien un enjeu stratégique pour la prise en charge du patient. En effet, elle nécessite un engagement affiché dans lequel l'ensemble des professionnels est impliqué. Elle génère un management des compétences, une organisation « apprenante » qui renforce les relations entre les professionnelles. Cela apparaît de façon concrète et évidente au niveau du CHRU. Au niveau du CH, les processus sont plus parcellaires et soulignent le fait qu'une structure hospitalière même si elle n'affiche pas d'une façon importante cette GC, elle ne peut pas en faire l'économie au regard des enjeux de sécurité et de qualité des soins liés à la prise en charge. Les ateliers pédagogiques mis en place au CH Mu en témoignent. Dans le regard que porte Alain DUMONT sur la GC, nous allons essayer d'aller plus loin dans notre diagnostic concernant notre enquête réalisée au sein de deux structures.

En effet, d'après Alain DUMONT<sup>50</sup>, il existe neuf conditions clefs de réussite pour la mise en place d'une GC. Celles-ci sont :

- l'intégration de la démarche compétences dans la stratégie de l'hôpital ;
- l'implication de la direction ;
- la mise en place d'outils d'identification des compétences ;
- l'association des différents acteurs à la conception et à la mise en œuvre des outils ;
- l'appropriation de la démarche compétences par l'encadrement ;
- l'élaboration de procédures d'évaluation et de suivi des compétences des professionnels ;
- l'articulation de l'organisation à la démarche compétence ;
- la mise en évidence, à côté de la formation, d'autres voies de développement des compétences ;
- la prise en compte des effets de la démarche compétences dans les différentes dimensions de l'hôpital.

L'enquête réalisée sur deux types de structures différentes, nous a permis de voir qu'elles ne sont pas toutes réunies, y compris au sein du CHRU. Les conditions les moins bien remplies sont la mise en place d'outils d'identification des compétences, l'association des différents acteurs à la conception et à la mise en œuvre des outils, le suivi des compétences individuelles des professionnels et la prise en compte des effets de la démarche compétences dans les différentes dimensions de l'hôpital.

Ces neuf conditions de réussite serviront de base d'appui en tant que DS pour proposer une démarche qui se veut stratégique et opérationnelle.

## **4 Contribution du directeur des soins à la gestion des compétences**

Le directeur des soins doit être vigilant et attentif non seulement aux compétences des professionnels dont il est responsable, mais aussi aux relations avec les autres professionnels qui contribuent à la prise en charge des patients, directement ou indirectement. Il doit donc faciliter ces liens. Il s'appuie, pour mettre en œuvre sa démarche de GC, sur une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prônée par la démarche d'accréditation et sur les instances réglementaires<sup>51</sup>.

---

<sup>50</sup> DUMONT A. «Un individu devient compétent lorsque l'entreprise lui en donne les moyens », revue personnel, 2000/08-09, n°412, p. 29.

<sup>51</sup> Ordonnance n° 2005 -406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

## **4.1 La gestion des compétences est une démarche stratégique au sein du projet d'établissement**

Le DS s'appuie sur des relations étroites au sein de l'équipe de direction et médicale, sur sa capacité à mobiliser les cadres et les professionnels, à argumenter la mise en œuvre de cette démarche au sein des différentes commissions de l'Etablissement et à prendre en compte les remarques constructives.

### **4.1.1 La gestion des compétences s'inscrit dans une politique des ressources humaines**

La mise en place d'une GC ne peut se faire sans une étroite collaboration entre le DS et le DRH. Le manuel d'accréditation version 2 précise le contenu dans le chapitre 1 « *la politique et la qualité du management* » et donne sept références. L'objectif est d'optimiser l'utilisation des ressources et consistera à décliner la gestion des compétences :

- en orientations stratégiques en lien avec la prise en charge des patients,
- de rappeler la place primordiale du patient,
- d'avoir une politique des ressources humaines dans le développement des compétences dans laquelle les cadres de proximité ont un rôle important à jouer,
- de bénéficier d'un système d'information qui permet un suivi individualisé des compétences et des formations des professionnelles,
- d'avoir une politique de communication sur les dispositifs mis en œuvre pour développer ses compétences.
- de développer les compétences en lien avec l'amélioration de la qualité et la gestion des risques.

De plus, comme nous l'avons vu dans le cadre de l'enquête, cette collaboration est essentielle pour « *mettre la bonne personne au bon endroit* ». La valeur ajoutée d'une direction des soins se situe dans la vision qualitative et opérationnelle des compétences par rapport à la prise en charge des patients.

Cette collaboration doit permettre également en lien avec l'encadrement de garantir à chaque professionnel la prise en compte de son projet professionnel, la possibilité d'avoir un parcours de carrière et de s'épanouir au sein de l'établissement. La relation professionnelle entre le DS et l'encadrement soignant est importante dans l'atteinte de cet objectif collectif.

Le suivi individualisé de chaque agent nécessite également des outils (fiche d'entretien, fiche de recrutement, fiche d'évaluation, fiche de compétences) qui mériteraient d'être informatisés afin de faciliter l'archivage et la communication. En effet, accompagner un professionnel dans une démarche de développement des compétences nécessite de le connaître, d'avoir une idée de son parcours et de son projet professionnel.

#### **4.1.2 La gestion des compétences s'appuie sur une démarche qualité**

Les objectifs d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité nécessitent d'ajuster les zones d'interfaces entre les équipes médicales et non médicales, entre réalisateurs des soins et structures.

La GC sera en lien avec les objectifs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins que sont :

- l'accessibilité, la continuité et la performance des soins,
- la satisfaction des usagers,
- la mise en œuvre des référentiels,
- la politique de gestion des risques, dont la lutte contre les infections nosocomiales et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse,
- le respect des recommandations des bonnes pratiques, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles,
- la politique du système d'information, en particulier du dossier patient.

De plus, le chapitre 3 du manuel d'accréditation de la deuxième version (référence 3) porte sur la continuité des soins. Il précise que le DS doit déterminer dans sa politique de soins des règles de responsabilité, de présence et de concertation, de coordination entre les équipes médicales et paramédicales pour assurer la continuité des soins. Il doit également s'assurer de la formation des professionnelles aux gestes d'urgence et de l'accès immédiat aux personnes ressources.

De même, la nouveauté de la deuxième version porte sur les évaluations des pratiques professionnelles en prenant comme référence la pertinence des pratiques (référence 44), le risque lié aux soins (référence 45), la prise en charge des problèmes de santé (référence 46). Cette démarche va permettre de développer les compétences individuelles et collectives. Elle s'inscrit dans un partenariat avec le corps médical que le DS favorisera.

#### **4.1.3 Les relations avec le corps médical sont essentielles dans le cadre du développement des compétences soignantes.**

Pour le directeur des soins, les objectifs sont de développer :

- des relations constructives avec le corps médical ;
- des représentations communes sur la prise en charge du patient ;
- de mener ensemble des évaluations sur les pratiques professionnelles ;
- de se servir des ressources médicales pour actualiser les connaissances des professionnels soignants ;
- de permettre aux médecins de connaître les métiers du soin, les évolutions sur les compétences et les pratiques soignantes.

#### A) Le conseil exécutif

Aux termes des dispositions de l'article L. 6143-6-1 CSP, le conseil exécutif :

- prépare le projet médical ;
- prépare les plans de formation et d'évaluation mentionnés au 3° de l'article R. 6144-1 ;
- désigne les professionnels de santé que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique peut associer à ses travaux.

Les décisions du conseil exécutif constituent des informations importantes pour le DS qu'il devra prendre en compte dans sa politique de développement des compétences, en sachant que le travail préparatoire a lieu en CME. C'est également dans cette commission que des ressources médicales se trouvent pour l'aider à mettre en œuvre cette politique.

#### B) La commission médicale d'établissement

La CME est l'organe de représentation des médecins au sein d'un établissement. Le président de CME est élu par ses pairs, il est l'interlocuteur direct du directeur de l'établissement et doit constituer de fait un interlocuteur privilégié du directeur des soins.

Les attributions de la CME, fixées par la loi du 31 juillet 1991, complétée par l'ordonnance du 24 avril 1996 ont été renforcées, dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance. En effet, aux termes de l'article R. 6144-1 CSP, la CME voit ses compétences consultatives obligatoires étendues notamment sur les actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins et à l'organisation de la formation médicale continue (FMC). A cet effet, elle prépare les plans de formation et la programmation des actions d'évaluation des pratiques professionnelles. Il convient de rappeler que l'obligation de formation médicale continue prévue à l'article L.4133-1 concerne l'ensemble des praticiens mentionnés à l'article L.6155-1 (médecins, odontologistes et pharmaciens), alors que les actions d'évaluation des pratiques professionnelles ne sont obligatoires que pour les seuls médecins.

Les modalités d'intervention de la CME dans le dispositif d'EPP, sont précisées au troisième alinéa du 3° de l'article R. 6144-1. Celui-ci précise que la CME certifie, en formation restreinte, l'accomplissement de chaque évaluation des pratiques professionnelles dans les conditions définies par le décret prévu à l'article L. 4133-1-1. Par ailleurs, lorsque ces EPP n'ont pas été conduites avec le concours d'un organisme agréé par la Haute Autorité de Santé (cf. art. D. 4133-25, 2°), la commission délivre les certificats après avis d'un médecin expert, praticien hospitalier, extérieur à l'établissement et désigné selon des modalités définies par la Haute Autorité de Santé. La délibération par laquelle la CME certifie ou non qu'un médecin a satisfait à son obligation d'EPP n'est pas un simple avis, mais elle constitue une mesure faisant grief.

Cette obligation de formation et ses modalités de validation vont sûrement être étendues un jour à tous les métiers du soin dans laquelle la commission des soins infirmiers,

rééducation et médico-technique aura sûrement un rôle important. Le DS devra donc préparer les professionnels à cette évolution, en sachant que dans les métiers de soins, grâce à la présence des cadres experts, des démarches d'évaluation existent déjà.

La CME prépare également avec le directeur, la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité des soins en lien avec le schéma régional d'organisation sanitaire.

C'est à partir de cette politique que le directeur des soins déclinera les compétences à développer pour la mettre en œuvre. Cette déclinaison sera intégrée dans le projet de soins et présentée par le directeur des soins pour avis de la CME. Cette communication destinée aux médecins s'inscrit dans un souci de prise en charge cohérente des patients. Elle peut permettre aussi d'impliquer les médecins dans le développement des compétences des non médecins. Cette implication consistera à animer des actions de formation et d'information, voire d'actualisation des connaissances auprès du personnel soignant, de rééducation et médico-technique. La pluridisciplinarité aux sessions de formation est riche d'enseignement et d'échanges.

De même le DS devra encourager les actions d'évaluation et d'audit des pratiques qui font intervenir plusieurs catégories professionnelles comme le préconisent la HAS. Ainsi la collaboration entre la direction des soins et la CME favorise les liens entre les différents professionnels. Les sous-commissions de la CME peuvent également jouer ce rôle notamment sur le développement des compétences liées à la douleur et à la sécurité des patients

### C) Les sous-commissions de la CME

Ses sous-commissions ont pour objectif de participer par leurs avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins sous le contrôle de la CME.

Le décret n° 2006-550 du 15 juin 2006 relatif à ces sous-commissions introduit ces nouvelles instances dans la réglementation spécifique à l'hémovigilance, à la politique du médicament, des dispositifs médicaux stériles, la lutte contre les infections nosocomiales, la prise en charge de la douleur mentionnée.

Chaque sous-commission participe à l'évaluation des pratiques des différents secteurs d'activité de l'établissement. Elle élabore un programme annuel d'actions, formule des recommandations et peut préconiser la réalisation d'enquêtes ou d'audits.

Le DS devra s'inscrire en partenaire de ces sous-commissions qui ont un rôle d'initiative et d'impulsion primordial en matière de qualité et de sécurité des soins. Ces initiatives sont autant d'occasion de développer, de reconnaître les compétences individuelles et collectives.

#### **4.1.4 La commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique (CSIRMT) est un lieu de valorisation des compétences soignantes.**

La nécessité d'améliorer la coordination des soins au chevet des patients s'est traduite par la création d'une fonction de coordonnateur général (décret du 19 avril 2002) et la création de la CSIRMT. L'article L. 6146-9 CSP substitue une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) à la commission du service des soins infirmiers (CSSI) créée par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Les attributions de cette instance ainsi que ses règles de composition, d'organisation et de fonctionnement sont définies par le décret susvisé du 26 décembre 2005 (JO du 28/12/05) sous les articles R. 6146-50 à R. 6146-60 du CSP.

##### **A) Les missions de la CSIRMT:**

La CSIRMT émet un avis sur :

- 1° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ;
- 2° La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique et l'évaluation de ces soins ;
- 3° L'élaboration d'une politique de formation ;
- 4° L'évaluation des pratiques professionnelles ;
- 5° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 6° Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

Par rapport à l'ancienne CSSI, les compétences consultatives obligatoires de la CSIRMT sont étendues à trois nouvelles matières : l'évaluation des pratiques professionnelles, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'organisation interne de l'établissement. Il est remarquable de noter que l'ensemble des missions de la commission peut servir d'appui aux développements des compétences.

##### **B) Le projet de soins**

La validation du projet de soins par la CME et la CSIRMT confère au projet de soins, une dimension et une légitimité institutionnelle qui facilitent la déclinaison des objectifs en actions au plus près des acteurs.

Le projet de soins doit être en lien avec le projet médical, le projet social, le projet qualité et en cohérence avec le projet d'établissement.

Un axe sera consacré à la gestion et aux développements des compétences comportant plusieurs orientations. La première orientation concernera l'identification des compétences critiques liées aux soins en lien avec une démarche globale de gestion et prévention des risques. La deuxième orientation concernera l'identification des

compétences clés en lien avec une démarche qualité. La troisième orientation consistera à mettre en place un management des compétences. La quatrième orientation consistera à mettre en place une organisation apprenante avec des règles et des outils co-construite dans une logique de responsabilité.

L'ensemble de cet axe et de ces orientations doit faire l'objet de groupes de travail au sein des unités. Les résultats des travaux seront ensuite présentés et validés dans les conseils de pôles et la CSIRMT. Ces travaux seront déclinés en objectifs et en actions sur le terrain. L'objectif de ces groupes de travail est de permettre aux professionnels de s'approprier cette démarche de gestion des compétences et de se projeter dans un parcours de carrière au sein de l'hôpital. Ainsi, la mise en place d'une politique de mobilité anticipée, réfléchie et partagée permettra de limiter le burn out des professionnels, de maintenir la motivation et de fidéliser les professionnels.

#### **4.1.5 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) est incontournable dans la mise en œuvre d'une démarche sur la gestion des compétences.**

La loi du 4 mars 2002 a institué cette commission et le décret du 2 mars 2005 a précisé ses missions. La CRUQ contribue à l'amélioration de la qualité d'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle est en effet destinataire de toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions (article R 1112-80 du CSP). Elle peut alors procéder à une analyse complète de la situation et réaliser un rapport soumis au conseil d'administration de l'établissement et à l'ARH.

La CRUQ est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches pour les litiges ne présentant pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel.

Le DS ne participe pas à cette commission. Il n'en reste pas moins qu'il doit être en lien avec les représentants des usagers afin de prendre en compte les avis et les remarques. Celles-ci peuvent se décliner sur des projets de développement des compétences, de formation, voire d'évaluation d'une pratique professionnelle. Ces différentes modalités peuvent permettre de réinterroger les équipes sur leurs attitudes voire leurs comportements vis à vis de l'utilisateur. Le déficit d'information et l'absence de participation aux décisions sont souvent cités dans le questionnaire de satisfaction des patients.

#### **4.1.6 La commission technique d'établissement est impliquée dans la mise en place d'une démarche sur la gestion des compétences.**

Les compétences consultatives du comité technique d'établissement (CTE) sont redéfinies à l'article R. 6144-40 CSP. Son avis demeure prescrit en ce qui concerne :



- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel,
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation,
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité.

Le CTE est, au regard de ses missions, une commission incontournable pour le DS concernant la mise en œuvre d'une démarche de gestion des compétences.

Son avis sur les différentes facettes de la gestion des compétences enrichira les différentes propositions faites par la direction des soins. Le lien entre la prime et la performance individuelle pourra être abordé. En effet, les critères de répartition de la prime pourraient être un levier dans la mise en place de cette politique. Plusieurs critères pourraient être pris en compte : celui d'avoir participé à une formation, celui d'avoir passé un contrôle de connaissances, celui de réaliser un mémoire et celui de faire valider l'acquisition de cette compétence en situation professionnelle avec le cadre de proximité et le responsable de formation ou le cadre expert.

De même, la mise en place d'une commission de formation avec les partenaires sociaux, la direction des ressources humaines et la direction des soins est également un bon moyen de préparer le CTE. L'objectif de cette commission est de travailler dans la transparence et de faire une analyse des demandes à partir d'une grille de critères. Les critères pris en compte sont la motivation du professionnel (argumentation), l'accord de l'encadrement, le critère financier et le fait que cette demande soit en lien avec les compétences nécessaires à la réalisation du projet de pôle voire de l'établissement.

## **4.2 La gestion des compétences est une démarche opérationnelle pour les patients et pour les professionnels.**

Le DS, coordonnateur général des soins, a autorité sur l'ensemble des cadres paramédicaux par délégation du chef d'établissement. Il nous faut considérer ce point comme une reconnaissance des capacités des DS à diriger, animer et mobiliser l'ensemble des cadres de l'établissement. Ceci ne peut être effectif que si nous savons placer les patients et les professionnels au centre de notre projet.

### **4.2.1 La mobilisation des cadres et des professionnels**

Le DS a une réelle responsabilité dans la mobilisation des cadres et leur implication dans la mise en place d'une gestion des compétences. Il doit pouvoir s'appuyer sur une équipe de cadres et de cadres supérieurs reconnus, motivés et investis dans ce type de projet.

Le DS proposera pour faciliter la mise en place de cette gestion des compétences une formation commune à l'ensemble des cadres de santé. Le premier objectif de cette

formation consistera à se mettre d'accord sur une définition de la compétence qui servira de base d'appui à la mise en place de cette politique. Le deuxième objectif sera d'identifier les compétences critiques et clés de chaque pôle. Les cadres supérieurs devront se concentrer sur l'identification des compétences de l'encadrement de proximité. L'encadrement de proximité lui se concentrera sur l'identification des compétences critiques et clés des professionnels. L'identification de ces compétences devra être complétée et validée par les professionnels concernés à travers des groupes de travail par unité. Le troisième objectif sera de concevoir différents niveaux d'évaluation des compétences et les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Ce dernier objectif permettra d'avoir un parcours formation par compétence et un parcours formation par unité voire par pôle.

#### A) L'enjeu des professionnels

Les objectifs de cette co-construction sont de :

- fidéliser les professionnels,
- de reconnaître les compétences des professionnels,
- de développer une mobilité professionnelle à travers un parcours professionnel,
- d'utiliser les compétences acquises pour permettre de mieux reconvertir.

En effet, ces pratiques<sup>52</sup> de gestion du travail centrées sur les compétences permettent de fidéliser les agents qui sont détenteurs d'une partie du savoir collectif et de la mémoire. Ce sont aussi des acteurs de l'apprentissage collectif et de la capacité collective à faire face à des événements ou à des situations nouvelles. Dans cette perspective, gérer, c'est gérer les compétences de ses membres et c'est anticiper de façon à bien utiliser l'investissement humain qu'ils représentent.

#### B) L'enjeu managérial

##### a) *Enjeu managérial et éthique*

Le DS, pour mener à bien l'implication des responsables de pôles, dans la GC devra avoir une politique managériale basée sur la confiance, la transparence et sur une approche compréhensive. La confiance et la transparence doivent permettre l'expression des problèmes et les difficultés d'exercices. L'approche compréhensive doit permettre la mise en place de plan d'actions basées sur une approche humaniste et bienveillante. La prise en compte de l'autonomie et des zones de responsabilité des responsables de pôles et des cadres de proximité est également essentielle pour atteindre cet objectif managérial.

---

<sup>52</sup> CADIN L et GUERIN F. « La gestion des ressources humaines », DUNOD, 2003, p. 29.

b) *Le management des compétences et la culture d'évaluation*

L'évaluation doit être vécue par les professionnels comme différente du jugement. Pour cela, elle devra se baser sur des faits qui vont servir de support à un échange constructif. Pour l'encadrement et d'après C. JOUVENOT, la GC<sup>53</sup> doit fournir un instrument d'aide à la décision d'autant plus pertinent qu'il est aussi un instrument de dialogue avec les collaborateurs par l'intermédiaire des outils d'évaluation et de positionnement qui peuvent être des dérivés des référentiels de compétences. La possibilité d'apprécier les compétences de chacun donne les clés nécessaires pour renforcer la complémentarité et la polyvalence des personnes. La gestion de l'équipe de travail se trouve ainsi équilibrée, entre les impératifs de service et les capacités disponibles. De plus, il dispose là d'un moyen de reconnaître les personnes dans leur travail, de penser les développements humains possibles au sein de l'hôpital et de permettre à chacun de tenir la place dans laquelle il pourra exploiter au mieux ses compétences.

C'est pourquoi en tant que DS, la mise en place d'un référentiel de compétences par métier soignant fera partie d'un des axes du projet de soin. Ce référentiel<sup>54</sup> comportera, comme le préconise A. LABRUFFE, quatre catégories principales de compétences :

- **les compétences individuelles** qui regroupent l'ensemble des savoirs (théoriques et pratiques) possédés par chaque secteur de l'organisation au plan technique et comportemental.
- **Les compétences relationnelles** constituées par l'ensemble des pratiques conduisant chacun à maîtriser les relations établies avec les patients.
- **Les compétences collectives** qui résultent de l'interaction des deux précédents ensembles par des équipes, des pôles, des groupes projets pour atteindre un objectif de performance et de qualité ainsi que l'épanouissement de chacun.
- **Les compétences organisationnelles** qui sont constituées par l'ensemble des domaines relatifs à l'organisme. Ces domaines doivent être connus et pratiqués par l'ensemble des personnels.

L'entretien de recrutement ou d'évaluation doit permettre au cadre et au professionnel de contractualiser un état des lieux de ces champs de compétences au regard des compétences requises par le service. Les professionnels doivent ensuite déterminer un parcours compétence avec un échancier.

---

<sup>53</sup> JOUVENOT C. et PARLIER M. «Elaborer des référentiels de compétences», édition ANACT, 2005, p. 362.

<sup>54</sup> LABRUFFE. A « Identifier la typologie des compétences », Guide de management des compétences, AFNOR, août 2005, p. 40.

Le portefeuille de compétence du professionnel au sein d'une équipe peut servir au positionnement de celui-ci au sein du groupe, soit en tant que référent professionnel, soit en tant que potentialité repérée par l'encadrement.

L'acquisition de ce portefeuille peut également servir dans le cadre d'une validation des acquis et de l'expérience. Il sera également pris en compte dans la politique de mobilité professionnelle mise en place par le DS.

c) *La performance comme enjeu managérial*

D'après C. JOUVENOT et M. PARLIER, l'évaluation de la performance<sup>55</sup> d'un pôle est un acte managérial qui consiste à se prononcer sur un résultat atteint à partir de plusieurs facteurs que sont :

- « *la compétence*

*Les compétences requises pour atteindre la performance voulue étaient-elles-présentes ?*

- *les objectifs*

*Les objectifs étaient ils réalisables ?*

- *les moyens*

*Les moyens à disposition étaient il pertinents au regard de la performance souhaitée ?*

- *la motivation*

*La motivation est elle en lien avec la performance ?*

- *l'environnement.*

*L'environnement est il propice pour atteindre le résultat ? »*

Ce positionnement est bien entendu celui du praticien responsable de pôle, du cadre supérieur et du cadre administratif. C'est également le positionnement du DS dans une vision plus large, au niveau de l'institution.

#### **4.2.2 Une organisation apprenante**

La mise en place d'une organisation apprenante s'appuie sur les relations entre les différents professionnels et se centre sur les problématiques rencontrées dans le cadre des prises en charge des patients.

- A) Mise en place d'un staff pluri professionnel qui regroupe l'équipe médicale et l'équipe soignante, de rééducation et médico-technique.

Ce staff a pour objectif le suivi des patients et l'actualisation des compétences dans le cadre d'une logique interprofessionnelle. Il permet d'avoir une vision globale du patient et une approche plus ouverte entre les professionnels pour déterminer ensemble un projet

---

<sup>55</sup> JOUVENOT C. et PARLIER M. «Elaborer des référentiels de compétences», édition ANACT, 2005, p. 356.

de soins individualisé par patient. La confrontation des points de vue va permettre d'alimenter le questionnement, de contribuer au développement de la compétence collective et à la coordination des professionnels entre eux.

#### B) Mise en place d'un tutorat sur les compétences critiques et clés du service

La mise en place et la durée d'un tutorat se fera au regard du degré de spécialisation de l'unité, des enjeux de sécurité et de qualité liés à la prise en charge patient. Ce système de tutorat se fera en deux temps. Le premier temps consistera au nouvel arrivé d'être en doublure avec un des référents de l'unité ou du pôle. L'objectif portera sur la maîtrise des compétences critiques. L'acquisition de celles-ci devra être validée en situation par le tuteur et par le cadre de l'unité. Le nouvel arrivé aura ensuite une période où il sera livré à lui-même en bénéficiant de l'aide de l'équipe. Un deuxième temps de doublure sera organisé au bout d'un mois pour permettre au nouvel arrivé de bénéficier de l'aide du référent sur les aspects de son choix. Ce système permet au nouvel arrivé de poser des questions pertinentes en fonction des difficultés qu'il aura rencontré. Le cadre de proximité définit le dispositif et le valide avec le tuteur. Le tuteur est choisi sur un critère en lien avec l'expérience et les bonnes pratiques et sur un critère pédagogique. Le stagiaire aura également la possibilité d'évaluer l'encadrement dont il aura bénéficié. Ce dispositif peut être conduit à l'identique concernant les stagiaires avec bien entendu des modalités d'autonomie en fonction du niveau d'études, de spécialité du service, de la décision du tuteur de stage.

#### C) Un planning qui garantit l'adéquation ressources humaines-compétences

Les objectifs sont pour le DS :

- de croiser la pyramide des âges avec la présence de compétences clairement identifiées,
- de garantir la présence des compétences critiques et des compétences clés au niveau de l'équipe vingt quatre heures sur vingt quatre,
- de garantir la sécurité et la qualité des soins.

Les moyens utilisés par les cadres consisteront à avoir un planning par corps de métier croisé avec la cartographie des compétences critiques et clés de chaque professionnel. Ce croisement permet de vérifier qu'il existe au niveau de l'équipe l'ensemble des compétences pour répondre aux besoins des patients. Elle permet également de faciliter les relations entre eux. En effet, les personnes ressources sont clairement identifiées en fonction des compétences tout en respectant l'autonomie de chaque professionnel. C'est à chaque professionnel de déterminer quand il a besoin de l'autre. Ce dispositif permet également de valoriser chaque professionnel et d'inciter ceux qui n'ont pas certaines

compétences de les acquérir. C'est également un bon moyen de diffusion et de partage des savoirs.

#### D) Une mobilité programmée

L'objectif pour le DS est d'encourager une politique de mobilité professionnelle pour améliorer l'employabilité du personnel, de développer des parcours de carrière et de prévenir le burn out. Il appartient donc au DS en lien avec le DRH et les partenaires sociaux d'avoir une politique volontariste pour encourager cette mobilité programmée. Cette mobilité programmée peut s'organiser au sein d'un pôle ou au niveau institutionnel pour développer des parcours de carrière. Des règles de mobilité doivent être déterminées en accord avec la DRH et les partenaires sociaux. Les plus courantes, concernant la durée au sein d'un pôle, sont de trois ans en durée basse ou de cinq ans en durée haute. Ces règles ne doivent pas non plus empêcher une certaine souplesse. Il ne s'agit pas non plus de laisser un agent en difficulté au sein d'une unité si cela se passe vraiment mal. De même, si un agent au bout de cinq ans fait toujours preuve de motivation de forcément le retirer. Il s'agit donc d'inciter. Par exemple, une progression de 0,5 point de notation lors d'une mobilité après cinq ans, la nécessité d'avoir eu une expérience dans deux pôles différents pour prétendre à faire une école de cadre. Ces mobilités programmées permettent de développer les compétences, en mettant les professionnels dans des activités nouvelles et d'avoir une politique de soins équilibrée entre l'expertise et la polyvalence.

### **4.2.3 La formation**

Le directeur des soins inscrit le projet de soins et le plan de formation dans une démarche globale sur la sécurité et la qualité des soins. L'élaboration du plan de formation se réalise en lien avec des partenaires : la DRH, la CME, la DQ, le CTE, les Instituts de formations, l'encadrement. Le DS a un rôle à jouer dans l'impulsion de ses liens et garantit un cadre de cohérence entre la formation et le développement des compétences. L'identification des compétences présentes dans le pôle permet dans le cadre du plan de formation de réduire l'écart avec les compétences requises.

#### A) La formation continue

L'objectif du plan de formation est de mettre en place des programmes de formations qui permettent de développer les quatre catégories de compétences.

##### a) *Le développement des compétences individuelles*

L'objectif est de développer les compétences nécessaires à l'exercice de son métier au sein d'une unité voire d'un pôle en lien avec le projet médical de pôle.

A la demande du DS, le cadre supérieur en lien avec son encadrement de proximité, élaborera un parcours de formation qui soit cohérent avec les compétences requises au sein du pôle. Ce parcours de formation sera évidemment validé par le conseil de pôle et devra être diffusé au sein des équipes afin de permettre à chacun de se projeter dans une logique de développement.

Plusieurs dispositifs de formation sont à mettre en place :

- des formations pour garantir l'actualisation permanente des compétences critiques. Il s'agit des ateliers pédagogiques comme par exemple des formations sur les gestes d'urgences.
- des formations pour développer les compétences clés du service.

Concernant la validation des savoirs théoriques, le responsable de formation en partenariat avec le cadre expert, organiseront des QCM en lien avec des cours mis à disposition des soignants sur intranet ou donné sur des temps de « staff » de 1H au sein des pôles ou dans une salle de formation. Les agents auront la possibilité pour ceux qui le souhaitent de valider un niveau de connaissances. Concernant les savoirs pratiques, ceux-ci seront validés en situation professionnelle, à la demande de l'agent, par le cadre de proximité et un cadre de santé formateur de l'IFSI. Des questionnaires portant sur les pratiques seront réalisés auprès des patients, afin d'objectiver le ressenti patient sur la maîtrise d'un savoir faire le jour où un agent voudra faire valoir cette maîtrise auprès de son encadrement. La validation d'un niveau de connaissances ou d'un savoir pratique sera réalisée par le cadre et sera prise en compte dans l'attribution de la note de l'agent.

#### *b) Le développement des compétences relationnelles*

L'objectif est de diminuer les risques sociaux c'est-à-dire de limiter les préjudices, réels, ressentis ou subi par le personnel dans l'exercice de sa profession. Plusieurs modalités existent pour répondre à ces risques sociaux :

- mettre en place des groupes d'analyse de pratique

Ils pourront se faire sous deux types de modalités.

La première modalité consistera à faire intervenir un expert formé. Celui-ci aura comme objectif d'apporter des connaissances en sciences humaines, susceptibles d'apporter un éclairage à une situation pratique évoquée par un des membres participants. Cet éclairage doit être en lien avec des faits précis lors de la pratique des soins et avec un vécu personnel dans la situation. L'objectif pédagogique est de permettre au professionnel de prendre du recul par rapport à une situation bien ou mal vécue, d'améliorer la connaissance de soi et d'avoir d'autres angles d'approches.

La deuxième modalité consiste à permettre à un professionnel de faire part d'un problème à un groupe de personnes pour bénéficier des points de vue de chacun. Chaque membre du groupe peut poser des questions pour essayer de comprendre le problème ou peut

donner un point de vue, voire ce qu'il aurait fait dans cette situation. Ces séances sont gérées par le cadre de proximité. La présence des agents doit se faire sur la base du volontariat avec des règles de confidentialité au sein du groupe.

- mettre en place des groupes de parole

L'objectif est de permettre à un professionnel d'évacuer un vécu professionnel auprès d'une personne extérieure de son service, de l'aider à identifier ses propres ressources pour faire face à cette situation.

- mettre en place des formations qui permettent de faire face aux agressions et aux atteintes à la sécurité

### c) *Le développement des compétences collectives*

La mise en place de ces formations et le développement de ces compétences collectives seront en lien avec les différentes sous commissions de la CME, la gestion des risques et la qualité liées aux soins. La finalisation des programmes appartient aux experts dans le domaine, sous l'impulsion du DS. Ces programmes peuvent être mis en œuvre sous différentes formes :

- des ateliers pratiques sur les risques liés à l'activité clinique

Il s'agit par exemple de formations liées au risque médicamenteux, au risque infectieux, au risque anesthésique, au risque transfusionnel, aux incidents liés aux dispositifs médicaux.

- des ateliers pratiques sur les risques liés à l'activité hospitalière

Il s'agit par exemple de formations liées aux risques professionnels, aux chutes, aux intoxications alimentaires.

- des formations collectives en relation avec les compétences clés au sein des pôles.

L'évaluation de ces actions de formations se réalisera sous forme d'audit (hygiène, dossier patient...) et à l'aide d'indicateurs indirects comme par exemple la déclaration d'événements indésirables.

Un retour sera fait au niveau de la CSIRMT par le cadre expert, au niveau des conseils de pôles par le cadre supérieur et au sein des unités par le cadre de proximité.

### d) *Le développement des compétences organisationnelles*

Ces formations ont pour objectif de permettre aux professionnels la connaissance de l'Institution et de ses modalités de fonctionnement.

La formation accueil du nouveau personnel constitue la première modalité de développement de ce type de compétences. Elle doit permettre aux professionnels de situer leur pôle au sein d'une organisation d'établissement. Elle engage l'ensemble des directions et en particulier le DS. Celui-ci a l'opportunité de présenter sa politique de soins au travers du projet de soin. Ce moment d'échange privilégié avec les nouveaux arrivés



doit permettre aux professionnels de comprendre le rôle de la direction des soins dans le cadre de leurs projets professionnels.

La deuxième modalité porte sur la connaissance de l'ensemble des procédures relatives aux pôles. Elle est de la responsabilité des cadres supérieurs et des cadres de proximité. La cohérence de la démarche au sein de l'établissement est par contre de la responsabilité du DS. L'ensemble des procédures doit être garanti et actualisé sous l'impulsion de la direction des soins (exemple : procédure de désinfection d'une chambre). La constitution de groupe de travail dit d'expert peut être un moyen pour mettre les professionnels dans une logique d'auto apprentissage, d'actualiser leurs connaissances, de participer à des essais de produits pour améliorer les pratiques. Ces différentes procédures seront validées par les instances et les commissions concernées. Elles seront également rassemblées dans des classeurs et avec des modalités de rangement identiques dans chaque unité. La présence de ces classeurs de procédures ou la possibilité de les lire sur un site intranet doit permettre aux professionnels d'accéder à ses connaissances. Le cadre contractualisera avec chacun des professionnels la lecture et l'appropriation de ces procédures à partir d'une fiche récapitulative, où le professionnel note le jour où il a relu la procédure. Le cadre de proximité doit également se servir des moindres incidents pour rappeler ces procédures, soit par le biais de « staff », soit à l'occasion des transmissions. L'acquisition et le perfectionnement de ces compétences collectives doivent retentir favorablement sur chacun des savoir être des professionnels de l'organisme en leur faisant mieux comprendre leurs rôles et leurs responsabilités, accepter les valeurs et les procédures nécessaires à l'amélioration continue de la qualité, puis favoriser un fort sentiment d'appartenance et de coopération.

e) *La formation promotionnelle*

L'objectif en tant que DS est de repérer les potentiels. Afin d'avoir un souci d'objectivité, le professionnel devra « faire ses preuves » dans aux moins deux contextes différents et exprimer l'envie de prendre des responsabilités au niveau supérieur. La possibilité d'avoir un référent au niveau supérieur lui permettra de confronter son désir à la réalité en réalisant un stage auprès de lui et en bénéficiant d'un accompagnement dans le cadre de sa préparation aux concours.

Des formations en amont pour travailler sur la qualité des écrits ou sur l'esprit de synthèse seront également proposer dans ce cadre et dans une logique professionnelle (transmission ciblée, dossier de soins).

B) *La formation initiale*

a) *Le premier objectif est d'optimiser la formation des futurs professionnels.*

Le décret du 19 avril 2002 énonce les responsabilités respectives des directeurs des soins et de ceux en instituts de formation.

En conséquence, le DS, coordonnateur général des soins en établissement de santé « contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors des stages au sein de l'établissement. Le cas échéant, il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formations des professionnels de soins de l'établissement. »

Le DS, directeur d'institut de formation, est responsable de la « conception du projet pédagogique, de l'organisation de la formation initiale et continue dispensée dans l'institut, de l'organisation de l'enseignement théorique et pratique, du contrôle des études. »

La collaboration entre les directeurs des soins est essentielle dans l'organisation de l'apprentissage des connaissances et l'application des pratiques enseignées sur le terrain. Cet objectif nécessite la mise en place d'une procédure interne à chaque unité de soins, définissant les modalités d'encadrement des étudiants en stage. Cette procédure doit prendre en compte le niveau de connaissance atteint par l'étudiant accueilli en 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> année. Cette articulation doit être développée par un travail en commun des cadres d'unités, des cadres enseignants, des professionnels et des étudiants. Les propositions émanant de ce travail seront validées par le DS avant leur application sur le terrain.

b) *Le deuxième objectif est de favoriser le lien entre l'apprentissage et la mise en pratique*

Le développement des interventions des professionnels en IFSI ou autres favorise le renforcement des liens avec les services de soins.

Préparer et informer les futurs professionnels fait partie intégrante des missions d'un établissement de santé. Le stage professionnel est une réelle opportunité pour les futurs professionnels de commencer à acquérir des compétences nécessaires à l'exercice de leur métier et pour les professionnels de diffuser les savoirs faire.

#### **4.2.4 La communication**

La mise en place d'une gestion des compétences au sein d'un établissement de santé nécessite la mise en place d'une communication orale et écrite. Le DS doit élaborer en lien avec le responsable de communication, et l'encadrement une stratégie de communication pour permettre aux professionnels de s'approprier la démarche. Cette stratégie de communication peut cibler les professionnels internes à l'hôpital, un public extérieur et nécessite un système d'information.

#### A) La communication interne

Elle cible les professionnels de l'hôpital et constitue un moyen pour entretenir la dynamique de développement des compétences. La communication interne doit permettre aux professionnels de comprendre la démarche, d'avoir la connaissance des formations. Elle peut avoir comme support le journal interne de l'hôpital. Celui-ci peut être alimenté de témoignages de professionnels, qui suite à des formations, ont pu améliorer leur compétence. Cette communication sera également reprise lors de réunions institutionnelles (vœux du directeur, conseil de services, réunions de travail avec l'encadrement...) et se trouvera sur le site intranet de l'hôpital.

#### B) La communication externe

Cette communication a pour objectif en tant que DS de rendre attractif l'établissement de santé pour les professionnels mais aussi pour les usagers. En effet, la gestion et le développement des compétences donnent une image positive d'un établissement. Elle vise à établir un climat de confiance entre les usagers et les professionnels. Cette communication externe peut également donner l'envie à d'autres professionnels de venir dans l'établissement. Le lien entre la communication et les actes donnera de la crédibilité au message. Le personnel de l'hôpital constitue également un relais non négligeable de cette communication externe par le biais du « bouche à oreille ».

#### C) Le système d'information

Le système d'information est évidemment le support de la communication interne et externe. Il doit permettre également :

- a) *De suivre le développement de compétence de chaque agent*
- b) *D'avoir en ligne des modules de connaissances en lien avec la prise en charge des patients*
- c) *D'avoir en ligne l'ensemble des procédures organisationnelles*

## Conclusion

*« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles à faire qu'on ne les fait pas, c'est parce qu'on ne les fait pas qu'elles sont difficiles » SENEQUE*

Ce travail a permis de montrer que la GC, en tant qu'enjeu stratégique affiché, génère pour le directeur des soins, un management dit « des compétences » et la mise en place « d'organisations apprenantes ».

La gestion des compétences permet donc l'émergence :

- **d'une cohérence institutionnelle au service de la décision et de l'action.**

En effet, la GC permet d'avoir une cohérence entre le recrutement, les pratiques d'évaluation, le plan de formation, l'évolution des emplois, le développement des compétences au niveau des équipes et la construction des parcours individuels de carrière. La participation du Directeur des soins au sein d'une équipe de direction, en lien avec les responsables de pôles constitue un des piliers de la mise en œuvre de cette politique, dont l'objectif institutionnel est d'avoir une adéquation emplois-compétences, une mobilité contrôlée de son personnel et une politique de prévention de l'usure du personnel et d'intégration du handicap. C'est la raison pour laquelle, la GC nécessite un engagement institutionnel au plus haut niveau.

- **d'une démarche, ouverte, valorisante pour les professionnels.**

Le référentiel de compétences et les démarches d'évaluation n'enferment pas les professionnels dans un jugement catégorique, mais les conduisent à se positionner et à se mettre en projet face à l'évolution des contextes. Ils peuvent ainsi construire leurs propres parcours professionnels et repérer la transversalité possible d'un poste à l'autre.

- **d'un management des compétences basé sur une démarche réflexive qui conduit à l'analyse des pratiques.**

La mise en place d'une GC permet la construction d'outils et de pratiques centrées sur les situations de travail. De fait, elle s'appuie sur une analyse des pratiques existantes qui va mettre en tension la pratique idéale et la pratique existante. Elle exige donc un « retour sur soi » collectif ou individuel qui conduit à une réorganisation de ses pratiques et à sa formalisation.

- **d'une organisation « apprenante » au sein d'un collectif pour faire face aux enjeux de la prise en charge.**

C'est pourquoi la démarche compétence et l'organisation ne peuvent être dissociées, l'une influençant l'autre et vice et versa. La détermination des enjeux ne peut se décréter

en extériorité des professionnels concernés et doit répondre à plusieurs types de questions pour mettre en place une organisation « apprenante ».

En amont, les questions clés sont : où veut-on aller ? ; Quelle est la stratégie? ; A quels besoins l'hôpital veut-il répondre ? ; Quelles relations entretient-on avec l'environnement?

En aval, les questions portent sur le comment : comment s'en sert-t-on pour la formation des personnes ? Comment s'en sert-on pour l'évaluation des rémunérations ? Comment s'en sert-on pour le travail sur les parcours professionnels ?

- **d'un positionnement du directeur des soins au sein du projet d'établissement.**

La GC est pour le DS un enjeu stratégique majeur au service des professionnels et des patients. Elle constitue de fait un positionnement au sein d'une équipe de direction, face aux professionnels et aux patients.

Au sein d'une équipe de direction, le DS, dans le cadre du projet de soins, va décliner des orientations de développement des compétences en lien avec le projet médical, le projet social et le projet qualité. La GC s'inscrit donc, dans une démarche prospective et pragmatique qui dans le contexte actuel (renouvellement de la moitié des professionnels d'ici à 2015, allongement de la vie de travail, mise en place de la validation des acquis professionnels, gestion du handicap) est à n'en pas douter un atout pour le DS.

Face aux professionnels, la GC constitue une offre d'initiative et de coopération entre les professionnels et devient un facteur de performance. Elle permet de prendre en compte les aspirations collectives et individuelles. En effet, la compétence<sup>56</sup> situe le sujet, l'identifie dans une relation distinctive parmi un ensemble d'individus et donne une identité sociale. Elle permet, pour le DS, d'avoir des ressources mobilisées, efficaces et adaptables à un environnement en forte transformation.

Face aux patients, en développant les compétences des professionnels et en mettant en œuvre les démarches qualité (évaluation des pratiques professionnelles, audits, évaluation de la satisfaction des patients...), le DS répond par des preuves à la demande sociale croissante de confiance. Ces démarches s'inscrivent dans une dimension éthique en lien avec le contexte sociétal.

---

<sup>56</sup> Revue PERSONNEL « Gérer par les compétences », n°412, 2000/08-09, p. 74.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

ABBAD J. « Organisation et management hospitalier », Paris BERGER LEVRAULT, 2001.

BARTHES R. et DONNIUS B. chapitre 1 « prévoir les emplois, les métiers et les compétences » dans l'ouvrage « Le développement des ressources humaines », édition ENSP, 2005.

CADIN L et GUERIN F. « La gestion des ressources humaines », DUNOD, 2003.

DUBAR C. et TRIPIER P. « Sociologie des professions » Paris, Armand COLIN, édition 2003.

FRIEDBERG E. « Pouvoir et la règle » PARIS, édition du SEUIL, 1993.

JOUVENOT C. et PARLIER M. «Elaborer des référentiels de compétences », édition ANACT, 2005.

LABRUFFE. A « Identifier la typologie des compétences » Guide de management des compétences, AFNOR, Août 2005.

LE BORTEF G. « L'ingénierie des compétences » Paris, édition ORGANISATIONS, 1998.

LEUX LEBOYER C. « la gestion des compétences », édition ORGANISATIONS, 1996.

Manuels d'accréditation, deuxième version.

MITRANI A. et collaborateurs « des compétences et des hommes, le management des ressources humaines en Europe », édition ORGANISATIONS, 1992.

MITRANI A. et collaborateurs « des compétences et des hommes, le management des ressources humaines en Europe », édition ORGANISATIONS, 1992.

MOISDON JC «Du mode d'existence des outils de gestion », édition SELI ARSLAM, 1997.

ZARIFIAN P. « objectif compétence » Editions liaisons, 2001.

## **Revues**

BATAL C. « Evaluation des compétences et ses enjeux », revue soins cadres, n°41, février 2002.

CHARLLOT B. et STECH S. « A la recherche du concept » in « le transfert des connaissances en formation initiale et continue », CRDP, Académie de LYON, 1994, p. 29.

DUMONT A. « Un individu devient compétent lorsque l'entreprise lui en donne les moyens », revue personnel, 2000/08-09, n°412, p. 26.

FRANCOIS P.H. « Sentiments d'efficacité et compétences : une approche sociale cognitive », éducation permanente, n°135, février 1998, pp. 45-55.

Jean Marie CLEMENT «Bilan du siècle : La Rupture Conceptuelle », article extrait du fascicule de l'histoire de l'hôpital et des hospitaliers. ENSP 2006.

LEVY-LE BOYER « Le cœur à l'ouvrage », revue sciences humaines, mars 1999, n°92, pp. 20-23.

LICHTENBERGER « De la qualification à la compétence et vice et versa », revue personnel, 2000/08-09, n° 412, p. 82.

PARLIER M. « Reconnaître les compétences », revue personnel, août-septembre 2002, n° 412, pp. 71-75.

PENBO-LATOUCHE A. « Pour en finir avec le savoir être », revue soins cadres, n°41, février 2002, pp. 43-45.

TEULIER R. « Construire ensemble des connaissances pour nourrir les compétences », Revue soins cadres, n°41, février 2002, pp. 23-26.

Thierry FILLAULT, « Pour une pratique renouvelée de l'histoire hospitalière », article extrait du fascicule de l'histoire de l'hôpital et des hospitaliers. ENSP 2006.

WITORSKI R. «De la fabrication des compétences », éducation permanentes n°135, février 1998s pp. 57-69.

## **Textes règlementaires et législatifs**

Ordonnance n° 2005 – 406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Loi n° 2002 – 73 du 17 janvier 2002 dite loi de modernisation sociale

Loi n°2002 – 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Décret n°43 – 891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics

Décret n° 55- 604 du 20 mai 1955 relatif aux fonctionnaires hospitaliers

Décret n° 2003-759 du 1<sup>er</sup> août 2003 relatif au bilan de compétences des agents de la fonction publique hospitalière

### **Rapports**

Rapport TAVERNIER de 1994 portant sur la gestion du personnel de la fonction publique hospitalière.

Rapport BERLAND de 2002 portant sur la démographie médicale et sur le transfert de compétences médicales vers les autres professions soignantes.

Rapport réalisé par l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière en mars 2007 sur les « Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations ».



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 = Support analyse documentaire

Annexe 2 = Questionnaire pour les entretiens semi directifs

Annexe 3 = Tableau d'analyse structure CHRU Mo

Annexe 4 = Tableau d'analyse structure CH Mu

## Analyse entretien par structure

Questions	Directeur des Ressources Humaines	Directeur des soins	Praticien responsable de pôle	Cadre supérieur responsable de pôle	Cadre de proximité	Infirmier DE
<p>Quelle est pour vous votre représentation de la continuité des soins ?</p> <p>Quels liens faites-vous avec la gestion des compétences (GC) ?</p>						
<p>Avez-vous le sentiment que la GC est un enjeu stratégique affiché au sein de votre établissement ?</p>						
<p>Dans le cadre de votre exercice managérial, qu'avez-vous fait pour développer les compétences au sein de votre service ?</p>						
<p>Avez-vous le sentiment d'avoir mis en place une organisation que je qualifierai d'organisation apprenante ?</p> <p>Quels moyens utilisez-vous et qu'avez-vous mis en place ?</p>						
<p>Quelles sont pour vous les limites ou les difficultés de la mise en place d'une GC ?</p>						

## **Questionnaire d'entretien semi directif**

**1<sup>ère</sup> question : Quelle est pour vous votre représentation de la continuité des soins ? Quels liens faites-vous avec le GC ?**

Relance sur :

- les liens entre la GC et la sécurité des soins
- les liens entre la GC et la qualité des soins

**2<sup>ème</sup> Question : Avez-vous le sentiment que la GC est un enjeu stratégique affiché au sein de votre établissement? Quels sont les éléments qui vous permettent de le dire ?**

Relance sur :

- le projet social
- le projet de soins
- le projet de pôle

**3<sup>ème</sup> Question : Dans le cadre de votre exercice managérial, qu'avez-vous fait pour développer au sein de votre service les compétences ?**

Relances sur :

- Quels sont les moments clés où vous faites le lien entre vos ressources humaines et les compétences ?
- Quelles attitudes managériales pensez vous qu'il est indispensable d'avoir pour favoriser l'expression des besoins en compétences du personnel ?
- Fiche d'entretien de recrutement
- fiche de poste
- fiche d'évaluation
- fiche de compétence

**4<sup>ème</sup> Question : Avez-vous le sentiment d'avoir mis en place une organisation que je qualifierai d'organisation apprenante ? Quels moyens utilisez-vous et qu'avez-vous mis en place ?**

Relance sur :

- pour le nouvel arrivé (formation d'adaptation à l'emploi, tutorat...)

- pour le stagiaire (Tutorat, liens avec les instituts de formation)
- pour l'actualisation des compétences (staff médicaux, réunion de suivi des patients...)
- pour développer les compétences collectives et individuel (protocole de soins, évaluation des pratiques professionnelles, le plan de formation)
- pour articuler l'organisation des soins (planning) et les compétences
- pour développer la mobilité

**5<sup>ème</sup> Question : Quels sont pour vous les limites ou les difficultés de la mise en place d'une GC ?**

Relances sur :

- la complexité de la démarche
- le nombre de métiers à l'hôpital
- l'absence de vision globale du processus
- l'absence d'un vocabulaire commun sur les notions clés
- la gestion de l'aléa ou l'arrivée de projets nouveaux
- la contrainte temps empêche la mise en place d'un tel processus

## Tableau d'analyse structure CHRU Mo

### Analyse documentaire du projet de soins de l'établissement Mo

Thèmes	Sous thèmes	Analyse du document	Commentaires
Stratégie et développement des compétences	Orientations stratégiques qui abordent le développement des compétences, la continuité des soins (qualité et sécurité)	Les trois axes majeurs sont : 1-améliorer le management, la gestion des ressources et des compétences. 2- rendre plus performantes les organisations et les prises en charge des patients. 3-renforcer la professionnalisation pour mieux répondre aux grands enjeux de santé publique.	Les trois orientations stratégiques sont sous tendues par une problématique de développement des compétences. Les trois mots clés sont présents : compétences, management, organisation. Le terme de professionnalisation comme moyen de répondre aux enjeux de santé publique traduit une réelle volonté de la direction des soins de développer les compétences. Les soins sont définis (p8) comme un ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins.
Management et développement des compétences	Identifier les compétences  Recrutement	Il est envisagé dans l'axe 1 et représente 6 pages sur 40 et dans l'axe 3.  Des compétences sont identifiées dans l'axe trois et se traduisent dans les cinq orientations (soins palliatifs, gériatrie, éducation thérapeutique, douleur, recherche) Voir entretien d'évaluation.  Il est dit au niveau de l'orientation 1 « améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux	Dans l'introduction à l'axe stratégique 1, il est dit « Pour que le management soit efficace, le projet de soins doit favoriser le développement des connaissances et des compétences des soignants pour les aider à s'adapter à l'évolution des soins, des nouvelles techniques et des progrès de la médecine ». Le management est posé d'entrée de jeu comme un management des

		professionnels au CHRU » qu'il faudra s'appuyer sur l'encadrement de santé pour améliorer l'adéquation entre les capacités et le profil de poste, optimiser les potentiels du nouveau professionnel notamment au travers l'utilisation de ses expériences, identifier et valoriser les savoirs professionnels spécifiques	compétences.
	Evaluation		
	Savoir être	Au niveau de l'orientation 2, il est donné comme objectif d'améliorer la gestion individuelle des compétences dans une mise en perspective du projet professionnel de l'agent, les besoins à moyen terme de l'institution et comme indicateurs de suivi « les souhaits des agents sont pris en compte ; les potentialités exploités.	
	Elaborer des fiches de postes	Il est dit au niveau de l'orientation 1 « améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels au CHRU » qu'il faudra s'appuyer sur l'encadrement de santé pour améliorer l'adéquation entre les capacités et le profil de poste.	
Organisation et développement des compétences	Plan de formation	Dans l'orientation 2 dans l'introduction, il est recommandé d'être « vigilant dans le maintien et le développement des compétences, tant au	

	Actualisation des connaissances	niveau individuel que collectif ».	
	Tutorat	Dans l'orientation 1, il est dit « il faut générer un	
	Formation d'adaptation à l'emploi	contexte de sécurisation autour du nouveau professionnel et améliorer l'implication de tous les membres d'une équipe ».	
	Evaluation des pratiques professionnelles	C'est l'orientation 4 du projet de soins dont les enjeux affichés sont l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.	
	Mobilité	Dans l'orientation 2, il est dit l'adaptabilité des professionnels reste l'objectif central d'une GPEC	
	Remplacement	Dans l'orientation 2 de l'axe 1, dans les actions à mettre en œuvre, il est écrit de développer des compétences ciblées dans les services de remplacement.	
	Formalisation de l'organisation		
	VAE		

## Analyse documentaire du projet social de l'établissement Mo

Thèmes	Sous thèmes	Analyse du document	Commentaires
Stratégie et Développement des compétences	Orientations stratégiques qui abordent le développement des compétences, la continuité des soins (qualité et sécurité)	<p>Il y a trois orientations sur cinq qui concernent la GC.</p> <p>La première concerne la fidélisation des agents. Sur six objectifs, deux ciblent la GC.</p> <p>La deuxième envisage la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et parle dans son ensemble de la GC.</p> <p>La troisième s'intéresse à la prise en compte de la situation des seniors. Un objectif sur cinq concerne la GC.</p>	<p>La GC est clairement affichée et balaye des thèmes d'actualité. La transmission des savoirs entre les générations, l'identification des compétences et leur évaluation font parties de ces thèmes. Le rôle de l'encadrement dans ses problématiques est important. Des formations sont également prévues pour répondre à ces évolutions managériales.</p>
Management et développement des compétences	<p>Identifier les compétences</p> <p>Recrutement</p> <p>Evaluation</p> <p>Savoir être</p>	<p>C'est l'orientation stratégique N°3 du projet social intitulé GPEC. Elle se décline en trois objectifs et en huit actions.</p> <p>Le premier objectif concerne l'anticipation des besoins futurs de l'institution et d'avoir les professionnels requis. Le deuxième objectif consiste à favoriser l'adaptabilité des compétences. Le troisième objectif est de mettre en valeur le potentiel humain. Parmi les actions, il a l'action 20 qui consiste à faire de l'entretien d'évaluation un moyen de développement des compétences. Les acteurs ciblés sont les cadres. Les résultats de cette action visent à la capitalisation des acquis professionnels. La</p>	<p>L'ensemble des thématiques du management des compétences est envisagé.</p>



	Elaborer des fiches de postes	description de cette action est de préparer les responsables hiérarchiques directs à évaluer les degrés de maîtrise des compétences et à participer à l'élaboration des projets de professionnalisation de leurs collaborateurs.	
Organisation et développement des compétences	Actualisation des connaissances  Tutorat stagiaire  Tutorat nouvel arrivé  Formation d'adaptation à l'emploi  Plan de formation	<p>C'est l'objectif de l'action 21 de l'objectif GPEC intitulé « accompagner la transmission des savoir ». La description de l'action est de développer le tutorat, d'organiser des temps d'échanges sur les pratiques professionnelles et d'organiser des parcours professionnalisant au sein des pôles.</p> <p>Il y a également dans l'orientation « prise en compte des seniors » l'action 28 qui a pour objectif d'assurer la transmission des compétences entre les générations.</p> <p>C'est l'action 4 de l'orientation « attractivité de l'établissement » qui a pour objectif d'améliorer l'accueil des stagiaires dans les services par une personne dédiée du pôle pour leur donner envie d'intégrer le CHRU.</p> <p>C'est l'objectif quatre de l'orientation « fidélisation des agents ». Cet objectif est de favoriser l'accueil et l'intégration des nouveaux recrutés. Une des actions</p>	L'ensemble des composantes d'une organisation « apprenante » est présent. Il y a une réelle volonté de développer une GC avec un échéancier par action envisagée.

	<p>Evaluation des pratiques professionnelles</p> <p>VAE</p> <p>Mobilité</p>	<p>est de mettre en place une procédure sur le sujet et de la faire appliquer.</p> <p>C'est l'objectif six de l'orientation fidélisation des agents. Cet objectif est de promouvoir la formation en développant les formations managériales et en accompagnant le projet professionnel individuel en lien avec les besoins de l'institution.</p> <p>C'est l'action 22 de l'objectif 3 dont l'objectif est de favoriser la réalisation des projets professionnels individuels dans le cadre de la GPEC. La description de l'action est de permettre à chaque agent intéressé de créer un portefeuille d'acquis professionnels (savoirs et compétences validés en situation professionnels) et de prendre en compte ces acquis dans les règles de mobilité interne.</p> <p>L'action 23 va également dans ce sens en identifiant les compétences et les expertises développées par les agents.</p> <p>Idem pour l'action 24 qui est de valoriser les expériences individuelles.</p>	
--	---	--	--

## Tableau d'analyse structure CH Mu

### Analyse documentaire du projet de soins de l'établissement Mu

Thèmes	Sous thèmes	Analyse du document	Commentaires
Stratégie et développement des compétences	Orientations stratégiques qui abordent le développement des compétences, la continuité des soins (qualité et sécurité)	P25 Trois axes forts en plus des objectifs partagés avec le projet médical sont retenus : Le maintien et l'adaptation des compétences. Les développements des démarches d'adaptation à l'emploi Le partenariat avec les écoles de formations	Il n'y a pas de développement en termes de contenu particulier des axes forts. Ces axes forts concernent le développement des compétences.
Management et développement des compétences	Identifier les compétences Recrutement Evaluation Savoir être		Il n'y a pas de formalisation d'une démarche managériale dans le chapitre 1 du projet d'établissement qui regroupe le projet médical et le projet de soins.
Organisation et développement des compétences	<b>Thèmes abordés</b> Plan de formation Actualisation des connaissances  Evaluation des pratiques professionnelles  Formalisation de l'organisation	P6, P7 Des thèmes sont identifiés (prise en charge de la douleur, accompagnement en fin de vie, information au patient, le dossier patient, éducation en santé et prévention  P8, P9 L'évaluation des pratiques organisationnelles et des pratiques est évoquée, coordonnée par le pôle qualité gestion des risques. Le principe de formation action est privilégié pour permettre l'appropriation des méthodes et des outils des démarches qualités.  P5 Formalisation de l'organisation d'un séjour patient : répondre aux	La désignation des pôles donne des champs disciplinaires de pathologies médicales dans lesquelles doivent s'inscrire l'actualisation des connaissances qui semble s'actualiser aux travers de la participation à des groupes de travail ou de participation à des formations actions de la part du personnel. Il n'y a pas de formalisation d'une véritable démarche de gestion des compétences.

	<p><b>Thèmes non abordés</b></p> <p>Tutorat</p> <p>Formation d'adaptation à l'emploi Mobilité</p> <p>VAE</p> <p>Remplacement</p>	<p>besoins de patients, accueil personnalisé aux patients et famille, et projet thérapeutique et de pluridisciplinarité</p> <p>Formalisation d'une organisation en pôle et en filière</p>	
--	--	---	--

## Analyse documentaire du projet social de l'établissement Mu

Thèmes	Sous thèmes	Analyse du document	Commentaires
Stratégie et développement des compétences	Orientations stratégiques qui abordent le développement des compétences, la continuité des soins (qualité et sécurité)	Orientation 2 « Anticiper et accompagner les changements liés à l'emploi »  P76 la sécurité est envisagée sous l'angle de la protection des travailleurs à partir des risques professionnels	Une orientation sur trois concerne le développement des compétences.  15 pages sur 88 pages du projet social  La continuité et la sécurité des soins ne sont pas abordées comme thématique.  La préface rappelle que la première mission du projet social est de reconnaître et de mobiliser les ressources humaines et de favoriser l'évolution professionnelle du personnel
Management et développement des compétences	Identifier les compétences  Recrutement Evaluation Savoir être Elaborer des fiches de postes	P35, P41, P42 Un des objectifs du management est de reconnaître les compétences et accompagner l'évolution professionnelle des agents (fiche de poste +initier une politique d'évaluation sur les connaissances et les compétences)  P39 détecter les potentiels des agents aux fonctions de cadre  P6 il est signalé un contexte de recrutement difficile	Le management est compris dans la première orientation « promouvoir une plus grande participation du personnel »  Il y a un début de volonté d'identifier les compétences et les connaissances des agents par le biais des cadres et de la DRH par rapport à la formation continue (voir formation)
Organisation et développement des compétences	Plan de formation	P6, P36 La réorganisation en pôles et en filières doit être accompagnée par une formation commune médecin cadre sur le management.  P14 Pérenniser la formation « prévention et gestion des phénomènes de violence »  P29 Proposer une formation aux membres des conseils de pôle	La mise en place des pôles semble être une préoccupation forte notamment sur le binôme médecin cadre et les membres des conseils de pôle.  Les formations propres à l'exercice des métiers ne sont pas abordées. Seule une formation est signalée. La formation

	Actualisation des connaissances	La formation faite partit des thèmes de l'orientation 2 P45, P50, P51, P52, P53, P54, P55, P58 un des objectifs est de maintenir une politique active de qualification avec trois actions à mener mettre en œuvre une politique incitative à la formation de certaines professions, poursuivre l'accès aux promotions	promotionnelle est mise en avant.
	Tutorat	professionnelles, répertorier les compétences professionnelles des agents acquises pendant des formations continues	La volonté de travailler sur un partenariat avec l'IFSI est évidente. Elle est à mettre en lien avec une politique de recrutement.
	Formation d'adaptation à l'emploi	P46 Formation des infirmières à l'encadrement des étudiants en IFSI  P27 « repenser le déroulement et le programme des journées d'accueil » P20 développer des Groupes de parole	
	Evaluation des pratiques professionnelles	P47 Formation des secrétaires référentes à l'accompagnement des nouveaux agents	Il y a une réelle volonté d'initier la VAE.
	Mobilité		
	VAE	La VAE constitue le deuxi ème thème de l'orientation 2. De la P54 à 58 une série d'actions est prévue pour promouvoir la VAE	L'organisation n'est pas abordée sous l'angle d'une organisation apprenante.
	Remplacement	P70 Elle est abordée sur l'angle de l'organisation du travail et la gestion du temps et veut mesurer l'impact de la nouvelle organisation du temps de travail	
	Formalisation de l'organisation	sur le fonctionnement des pôles et la satisfaction des agents et des usagers.	