



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

---

**L'ÉVALUATION DES PRATIQUES  
MANAGERIALES DES CADRES DE  
SANTÉ**

**Un enjeu stratégique pour le directeur  
des soins**

---

**Isabelle MONNIER**

Isabelle MONNIER - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2007

---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels pour le temps qu'ils nous ont accordé lors des entretiens ceci dans les délais courts que nous avons dû quelquefois leur imposer.

Nous les remercions de cette disponibilité et du partage d'expérience qu'ils ont su nous témoigner.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>Première partie : L'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Les liens entre qualité des soins et qualité du management</b>	<b>5</b>
1.1.1. La certification des établissements de santé	5
1.1.2. Le manuel d'auto-diagnostic des pratiques de management de la H.A.S.	8
1.1.3. Compte-rendu d'entretiens avec des experts-visiteurs et des membres de la H.A.S.	10
<b>1.2. Les pratiques de management total par la qualité dans les entreprises</b>	<b>12</b>
1.2.1. Le modèle de management total par la qualité (T.Q.M.)	12
1.2.2. La culture d'entreprise	13
1.2.3. La notion de client-patient au centre du dispositif	14
<b>1.3. Les pratiques d'évaluation des compétences managériales dans les établissements de santé</b>	<b>15</b>
1.3.1. De la notation administrative à l'évaluation des personnels	15
1.3.2. La formalisation des évaluations : la place des référentiels métier, d'activités ou de compétences	16
1.3.3. Une posture : évaluateur et contrôleur	19
<b>Deuxième partie : Comprendre les pratiques d'évaluation des cadres de santé à partir d'une étude de terrain</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Objectifs de l'étude</b>	<b>21</b>
<b>2.2. Méthodologie de l'enquête</b>	<b>22</b>
2.2.1. Choix de la population enquêtée	22
2.2.2. Choix des méthodes de recueil de données	22
2.2.3. La grille d'analyse	23
2.2.4. Le déroulement de l'enquête	24
2.2.5. Intérêt et limites de l'enquête	24
<b>2.3. Les résultats de l'enquête</b>	<b>24</b>
2.3.1. Les dispositifs d'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé dans les établissements de santé	24

2.3.2. La posture d'évaluateur	30
2.3.3. Les compétences des cadres de santé : point de vue des acteurs interviewés	34
<b>2.4. Vérification des hypothèses posées</b>	<b>37</b>
<b>2.5. Conclusion de l'enquête</b>	<b>38</b>
<b>Troisième partie : L'évaluation des compétences managériales : pistes de réflexion pour le directeur des soins</b>	<b>39</b>
<b>3.1. Le projet de soin : SENS de l'action managériale de l'encadrement soignant</b>	<b>39</b>
3.1.1. Le patient au centre du dispositif	39
3.1.2. Un projet de management indispensable	40
3.1.3. Le positionnement du directeur des soins comme manager	42
<b>3.2. Une stratégie d'actions pour le directeur des soins</b>	<b>43</b>
3.2.1. L'opportunité de renforcer les axes de collaboration	43
3.2.2. Une communication interne performante	45
3.2.3. La place de la C.S.I.R.M.T.	46
<b>3.3. Vers une opérationnalité des actions d'évaluation</b>	<b>46</b>
3.3.1. La définition de fonction préalable à l'écriture des référentiels d'activités	46
3.3.2. Des temps d'analyse des pratiques managériales incontournables	48
3.3.3. Développer la pratique d'évaluation des compétences	50
<b>CONCLUSION</b>	<b>53</b>
<b>Sources et bibliographie</b>	<b>55</b>
<b>Liste des annexes</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

A.N.A.E.S	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.S.I.R.M.T.	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
D.H.O.S.	Direction de l'hospitalisation
D.S.	Directeur des soins
D.R.H.	Directeur des ressources humaines
E.F.Q.M.	Européen Fondation Quality Management
E.P.P.	Evaluation des Pratiques Professionnelles
E.P.S.M.	Etablissement Public de Santé Mentale
G.P.E.C.	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
H.A.S.	Haute Autorité de santé
I.S.O.	International Standard Organisation
P.S.P.H.	Participant au Service Public Hospitalier
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T.Q.M.	Total Quality Management
V.A.E.	Validation des Acquis de l'Expérience

## INTRODUCTION

Depuis 1996<sup>1</sup>, les établissements de santé ont pour obligation d'évaluer la qualité des soins délivrés via la procédure d'accréditation. Le bilan des accréditations V1 fait apparaître des insuffisances dans les évaluations en terme d'appropriation des méthodes et de pérennité des démarches. En 2004<sup>2</sup>, la nouvelle procédure de certification des établissements de santé met l'accent sur l'évaluation de la qualité du service médical rendu. Un nouveau manuel V2<sup>3</sup> apporte des modifications :

- évaluation de la politique et qualité du management (chapitre 1)
- évaluation des pratiques professionnelles (EPP) médicales et soignantes (chapitre 4)
- évaluation de la prise en charge du patient selon cinq types de prise en charge différentes. La référence 25 du manuel met l'accent sur les orientations stratégiques et le management des secteurs d'activité (cinq fonction déclinées sous forme de critères).

En juin 2007, la version V2007 réduit le nombre de critères mais les objectifs restent identiques.

Au fil des visites, les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé pointent la faiblesse des établissements à évaluer leurs pratiques managériales alors même que la qualité du management des responsables a un impact fort sur le fonctionnement des établissements. Le 16 août 2006, Philippe BURNEL<sup>4</sup>, directeur de l'accréditation, affirme dans une interview le « lien fort entre la qualité du management et la qualité des prestations ». Ainsi, l'un des axes des visites de certification V2 sera l'évaluation de la politique managériale des établissements à tous les niveaux de la structure.

Le « guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé »<sup>5</sup> affirme la volonté d'inciter les établissements à développer l'évaluation de la

---

<sup>1</sup> Ordonnance n°96.345 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée : création de l'A.N.A.E.S. La loi n°91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : incitation à l'évaluation des activités

<sup>2</sup> Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>3</sup> Manuel d'accréditation des établissements de santé, Octobre 2004, H.A.S., Direction de l'accréditation

<sup>4</sup> Interview réalisé le 16 août 2006 sur [www.reformeshospitalieres.gouv.fr](http://www.reformeshospitalieres.gouv.fr)

<sup>5</sup> Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé, Janvier 2005, H.A.S., Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles

qualité du management tant au niveau des directions qu'à celui des responsables des secteurs d'activité ou des secteurs transversaux qu'ils soient «médecins, soignants, ingénieurs, technicien , gestionnaires ».

Hors les établissements de santé, les entreprises investissent le management total par la qualité (Total Quality Management TQM) ayant pour finalité d'offrir un service de qualité et répondre ainsi à la satisfaction des consommateurs. Les normes ISO 9000 sont le résultat d'un consensus international sur les bonnes pratiques de gestion.

Le modèle EFQM (Européen Fondation Quality Management) utilisé dans les entreprises permet d'engager celles-ci dans une démarche de management par la qualité. Les démarches qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles sont alors inscrites dans la culture d'entreprise.

C'est ce à quoi sont en train de tendre les établissements de santé, démarche initiée depuis une dizaine d'année. Dans le discours, les liens entre qualité du management et qualité des prestations semblent être une évidence pour les responsables d'encadrement pourtant, l'instrumentation des pratiques d'évaluation du management rencontre des résistances. Dans notre pratique professionnelle, nous avons pu observer les acteurs se centrer sur des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles médicales et soignantes en abordant rarement la question de l'évaluation du management. Ces démarches d'évaluation des compétences managériales sont quelques fois formalisées dans les projets de soin ou de management mais leur réalisation concrète sur le terrain restent embryonnaires. Seules les pratiques d'entretien d'évaluation en lien avec le système de notation administrative sont réalisées.

L'ordonnance du 2 mai 2005<sup>6</sup> simplifiant le régime juridique des établissements de santé impose la mise en œuvre d'une nouvelle organisation en pôles d'activités. Ce changement met l'accent sur un nouveau mode de management hospitalier tant au niveau de la direction générale qu'au niveau du pilotage stratégique des pôles. La nouvelle gouvernance insiste sur l'importance du management en associant les médecins, laissant une place au trinôme dans la gestion des unités de soins. Ainsi dans le cadre de la nouvelle gouvernance, un accent est mis sur les compétences managériales des responsables de pôles (médicaux, soignants, administratifs) dans l'application d'une politique institutionnelle et de proximité en tenant compte des activités réalisées, des moyens alloués, de la gestion des ressources humaines et des démarches qualité

---

<sup>6</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

initiées. L'évaluation des pratiques managériales devient incontournable pour une reconnaissance nécessaire des compétences démontrées dans la réalisation des soins aux patients. L'évolution des compétences managériales dans le contexte actuel doit être accompagné par la formation, l'analyse des pratiques. L'évaluation des compétences managériales est nécessaire pour le directeur des soins afin d'accompagner les cadres de santé dans ces évolutions mais aussi évaluer l'impact de son propre management.

En ayant conscience du lien fort entre qualité du management et qualité des soins délivrés, le directeur des soins peut mettre en œuvre une politique managériale incluant les évaluations de pratiques au niveau de l'encadrement soignant (cadres supérieurs responsables de pôles, cadres de santé, cadres en fonction transversale).

Alors que l'intérêt de l'évaluation semble être admis par les professionnels, nous souhaitons, dans ce travail de réflexion, comprendre pourquoi celles-ci sont peu réalisées.

#### Question de départ :

Pourquoi les pratiques managériales des cadres de santé sont-elles peu ou pas évaluées dans les établissements de santé ?

#### Hypothèses :

1 – Le manque de formalisation des référentiels métiers ou de compétences dans les établissements de santé ne facilite pas les pratiques d'évaluation du management des cadres de santé.

2 – La posture d'évaluateur est difficilement appréhendée par les managers.

Dans une première partie, nous poserons le cadre contextuel et conceptuel de l'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé dans les établissements de santé puis nous traiterons des résultats d'une enquête réalisée dans des établissements de santé publics et privés.

Dans une dernière partie, nous proposerons des axes de réflexion pour le directeur des soins dans la réalisation d'évaluation des pratiques managériales.



## **Première partie : L'ÉVALUATION DES PRATIQUES MANAGERIALES DES CADRES DE SANTÉ**

Dans cette première partie, nous appuierons notre réflexion en resituant l'évaluation des pratiques managériales dans le contexte plus global de la certification des établissements de santé. Les lectures réalisées renforcent l'argumentation du lien indissoluble entre qualité du management et qualité des soins. Une enquête exploratoire auprès de membres de la H.A.S. nous a cependant permis de réajuster la question initiale sur les pratiques d'évaluation des cadres de santé. L'ouverture vers le milieu de l'entreprise enrichit la réflexion autour du management de la qualité et la nécessaire évolution de la culture d'entreprise. Nous questionnerons ensuite les pratiques d'évaluation des personnels dans les établissements de santé que ce soit du point de vue réglementaire ou de la formalisation des pratiques. Enfin, nous approfondirons les notions d'évaluation et de compétences, deux concepts complexes dans leur approche et leur investissement par les managers.

### **1.1 Les liens entre qualité des soins et qualité du management**

#### **1.1.1 La certification des établissements de santé**

La mise en place des démarches d'accréditation dans les établissements de santé a été instaurée par l'ordonnance du 26 avril 1996<sup>7</sup>. L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des experts-visiteurs, professionnels indépendants de l'établissement de santé ou des organismes de tutelle. En application de l'ordonnance, cette procédure est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (A.N.A.E.S.). Il s'agit d'une démarche volontaire des établissements qui vise à apprécier la qualité de l'établissement en s'appuyant sur un manuel d'accréditation<sup>8</sup> composé d'objectifs, de principes de conduite de la démarche et de référentiels élaborés par les professionnels.

---

<sup>7</sup> Ordonnance n°96.345 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>8</sup> Manuel d'accréditation des établissements de santé, Février 1996, A.N.A.E.S., Direction de l'accréditation

Les principes de la démarche s'axent autour de trois points :

- la place centrale du patient,
- l'amélioration continue et pérenne de la qualité et de la sécurité des soins,
- l'implication des professionnels exerçant dans les établissements de santé.

Le référentiel M.E.A. (Management de l'Etablissement et des secteurs d'Activités) et G.R.H. (Gestion des Ressources Humaines) permettent d'évaluer la qualité du management des établissements de santé

Le bilan des accréditations V1 est positif. Les points forts sont les suivants<sup>9</sup> :

- une démarche transversale favorisant les interfaces entre secteur d'activités et catégories professionnelles
- une démarche structurante par la mise en place d'une organisation et de méthodes permettant d'institutionnaliser les démarches qualité au sein des établissements
- une acquisition progressive par les professionnels d'expérience et de méthodologie dans le domaine de la qualité.

Ce bilan fait cependant apparaître des insuffisances dans les évaluations. Les réserves et recommandations sont fréquemment centrées sur les pratiques médicales telles que l'information du patient, la tenue du dossier patient, la gestion des risques iatrogènes.

La loi du 13 août 2004<sup>10</sup> relative à l'assurance maladie crée la Haute Autorité de Santé<sup>11</sup> en remplacement de l'A.N.A.E.S.

L'une des missions essentielle de la H.A.S. est de mettre en œuvre la certification des établissements de santé. La H.A.S. définit également la procédure d'accréditation de la pratique des médecins ou équipes médicales dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.).

Une nouvelle version du manuel est réalisé et paraît en septembre 2004<sup>12</sup>. Les principes en sont les mêmes. Le nouveau manuel mettra cependant l'accent sur l'appréciation du service médical rendu au patient et la mesure du niveau de qualité atteint par l'établissement. Il comprend dorénavant quatre chapitres :

---

<sup>9</sup> Ibid p.10

<sup>10</sup> Loi n°2004-8110 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

<sup>11</sup> Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de Santé

<sup>12</sup> Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004, A.N.A.E.S., Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques

- 1- Politique et qualité du management
- 2- Ressources transversales
- 3- Prise en charge des patients
- 4- Evaluation et dynamique d'amélioration

La référence 25 dans le chapitre 3 permet d'évaluer la management des responsables de secteurs d'activités.

Le principe d'un manuel évolutif au cours d'une même itération a été retenu par la H.A.S.. Après un bilan réalisé en 2006, une nouvelle version V2007 du manuel est parue<sup>13</sup>. Les modifications apportées traduisent la volonté de clarifier les règles d'utilisation du manuel, de faciliter sa lecture, de prendre en compte les orientations générales de la H.A.S. sur l'évaluation des pratiques professionnelles (E.P.P.) et de mieux identifier le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs tout au long de la procédure<sup>14</sup>. Le manuel est allégé, le nombre de références est passé de 53 à 44 et le nombre de critères de 215 à 138. Les références sont remplacées par des titres thématiques et le guide de cotation y est intégré. Les quatre chapitres de la V2 sont maintenues. Le nouveau manuel rappelle que la procédure de certification apprécie le système de management de la qualité, les aspects spécifiés de l'organisation et les démarches E.P.P..

Plusieurs références précisent les attentes de la H.A.S. en ce qui concerne l'évaluation des pratiques managériales :

#### Chapitre 1 : Politique et qualité du management

Référence 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement

Critère 1D : Les responsables pilotent leurs secteurs d'activité en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement

Référence 3 : La politique des ressources humaines

Critère 3D : La politique de ressources humaines favorise la motivation des personnels

#### Chapitre 2 : Ressources transversales

Référence 8 : La maîtrise des processus de gestion des ressources humaines

Critère 8C : La formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences professionnelles

---

<sup>13</sup> Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, Edition 2007, H.A.S., Direction de l'accréditation

## Critère 8D : L'évaluation des personnels est mise en œuvre

### Chapitre 4 : Evaluation et dynamique d'amélioration

#### Référence 44 : Evaluation des politiques et du management

Critère 44C : Une évaluation de la politique des ressources humaines est mise en œuvre.

#### 1.1.2 Le manuel d'auto-diagnostic des pratiques de management de la H.A.S.

Alors même que les professionnels de santé sont amenés à conduire des évaluations de leurs pratiques dans le cadre de la procédure de certification, il est constaté que le management<sup>15</sup> des établissements de santé et la qualité managériale des professionnels encadrant sont peu évalués. Pourtant, hors champ de la santé, on observe que le changement de dirigeant dans certaines entreprises peut être l'élément déclenchant du succès ou du déclin de l'organisation. Ainsi, dans les établissements de santé, on peut faire le lien entre la qualité du management (que ce soit au niveau de la direction ou de celui des responsables d'activités) et la qualité des soins délivrés.

Afin d'aider les établissements de santé dans leur démarche d'évaluation de la qualité du processus de management, un guide<sup>16</sup> a été réalisé à la demande du conseil d'administration et du conseil scientifique de l'A.N.A.E.S.. L'appréciation du management d'un établissement de santé et de la dimension managériale des responsables des secteurs d'activités repose sur plusieurs champs :

- la qualité et la pertinence des choix stratégiques de l'établissement
- les outils de gestion et les procédures organisationnelles mises en place
- les pratiques managériales
- l'expertise et les compétences managériales<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> Ibid p.4

<sup>15</sup> « Le management est un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation essaient de la diriger ou du moins de la guider dans ses activités », MINTZBERG H., Structures et dynamique des organisations, Paris, Ed. d'Organisation, 1982

<sup>16</sup> Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé, Janvier 2005, H.A.S., Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles

<sup>17</sup> Ibid p.7

Le guide permet aux établissements et aux managers de réaliser un auto-diagnostic de la qualité de leurs processus de management. Il est conçu comme un référentiel portant sur l'ensemble des fonctions de management à partir d'un ensemble de références et d'éléments spécifiques sur lesquels s'appuieront les managers pour s'auto-évaluer.

Les cinq grandes fonctions de management retenues dans ce guide se décomposent ainsi :

- Fonction « Prévoir »

- c'est anticiper les besoins des patients, les évolutions technologiques, les pratiques professionnelles...
- c'est s'adapter au contexte économique et social, aux orientations du S.R.O.S.
- c'est réactualiser les différents projets de l'établissement ou de service
- c'est prévoir la gestion des risques et la veille technologique.

- Fonction « Organiser »

Cette fonction comprend trois dimensions :

- l'organigramme
- la définition des fonctions
- la mise en place des procédures et protocoles nécessaires.

- Fonction « Décider »

On retrouve plusieurs facteurs clés :

- la capacité à déléguer
- la lisibilité des processus de décision pour les différents acteurs de l'établissement.

- Fonction « Motiver »

Cette fonction est considérée comme une dimension essentielle du management. Elle concerne la capacité du manager à faire adhérer les acteurs de l'établissement aux objectifs et missions afin d'assurer leur réalisation. Elle repose sur la capacité à :

- responsabiliser
- favoriser la participation aux décisions
- reconnaître les compétences
- mettre en place des outils de motivation
- valoriser la créativité
- communiquer sur les résultats individuels et collectifs.

- Fonction « Evaluer »

Dans le champ des établissements de santé, cette fonction concerne l'évaluation des résultats, de l'activité, des moyens mis en place, des personnels, des décisions, de la satisfaction des patients et des personnels.

L'existence de ce référentiel facilite les démarches d'évaluation et d'auto-évaluation des pratiques managériales des responsables d'activités qu'ils soient médecin, soignant ou administratif.

### 1.1.3 Compte-rendu d'entretiens avec des experts-visiteurs et des membres de la H.A.S.

Dans notre expérience de membre de groupe d'auto-évaluation lors des procédures d'accréditation et de certification, nous avons constaté que les résultats obtenus pour la satisfaction de la prise en charge du patient sont souvent corrélés aux compétences managériales des cadres de santé des unités de soins concernés. Cependant, lors des deux procédures, nous avons pris conscience de l'absence de l'évaluation des pratiques managériales dans notre établissement. Cette situation ne favorise pas la reconnaissance des compétences démontrées par certains cadres de santé et ne permet pas d'accompagner d'autres managers dans l'amélioration de leur compétences managériales. La parution du guide d'auto-diagnostic des pratiques de management nous semblait alors un point d'ancrage pour initier une dynamique d'évaluation du management.

Souhaitant approfondir notre réflexion sur le lien entre la qualité du management et la qualité des soins, nous avons réalisé des entretiens exploratoires auprès de professionnels concernés par cette problématique. Nous avons rencontré un directeur et un cadre supérieur de santé, experts-visiteurs, tous deux ayant l'expérience de visite d'accréditation V1 et de certification V2 dans différents établissements de santé public et privé. Leur discours, quant à l'évaluation du management dans les établissements de santé peut se résumer à :

- l'évaluation du management est peu investie au regard de l'évaluation des soins réalisés, malgré les nouvelles références du manuel V2
- le guide d'auto-diagnostic pour le management est rarement cité dans l'auto-évaluation
- les résultats d'évaluation de la qualité des prestations sont corrélés à la dynamique du management de la qualité instituée

- le management des secteurs d'activités est insuffisamment évalué en raison de la mise en œuvre récente des pôles cliniques
- la nouvelle organisation en pôle réorganise les missions des responsables d'activités. Leurs compétences managériales impacteront directement la production de soins
- les établissements de santé investissent davantage la gestion des risques et l'EPP médicale.

Ces professionnels, experts-visiteurs, valident par leur expérience le lien évoqué entre qualité des soins et qualité du management. Ils évoquent le même constat dans leur propre établissement de rattachement : les projets qualité sont globalement investis par les professionnels, les démarches EPP se développent mais les pratiques managériales des dirigeants et des responsables d'activité (dont les cadres de santé) ne sont pas évaluées. En tant que directeur des soins, ces entretiens exploratoires nous ont permis d'affiner notre question de départ sur la problématique de l'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé.

Au cours de notre formation, nous avons pu rencontrer deux membres de la Haute Autorité de Santé et les interviewer sur l'utilisation du guide d'auto-évaluation des pratiques de management.

L'un deux nous a confirmé le rejet des dirigeants d'établissement de santé à utiliser ce guide, n'acceptant pas d'être évalués sur leurs fonctions managériales au regard de normes imposées par la H.A.S., mêmes si celles-ci relèvent d'un travail de réflexion de différents professionnels. Face à ces réactions, la H.A.S. a demandé aux experts-visiteurs de ne pas utiliser ce guide pour évaluer le chapitre 1 du manuel.

L'autre membre nous a confirmé ces propos mais il reste persuadé de l'intérêt de l'évaluation des pratiques managériales. Pour lui, les établissements de santé ne sont pas encore prêts mais cette évolution s'installera progressivement tout comme dans les entreprises où la culture qualité et le management par la qualité totale ont été instaurés sur plusieurs années au bénéfice du service au client et de la satisfaction des professionnels.

La question du temps et de l'acculturation des professionnels à de nouveaux modes de management et d'organisation semblent essentielles dans la mise en œuvre de politique d'évaluation du management.

La comparaison avec le milieu de l'entreprise nous semble alors intéressant à explorer pour élargir notre vision de la problématique.

## 1.2 Les pratiques de management total par la qualité dans les entreprises

### 1.2.1 Le modèle de management total par la qualité (T.Q.M.)

L'A.F.N.O.R<sup>18</sup>. définit la qualité comme « l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs ». Les composantes en sont l'efficacité, l'efficacités, le coût et la fiabilité.

En Europe, le modèle T.Q.M. (Total Quality Management) est promu par l'E.F.Q.M. (Fondation européenne pour le management de la qualité totale).

Les entreprises ont pris conscience de l'intérêt de réfléchir à la qualité du management, car des études montrent que dans une organisation, il existe deux types de causes de dysfonctionnement :

- les causes communes de dysfonctionnement dues au système et dont le management est responsable (94% des problèmes)
- les causes spéciales dont on peut rendre responsable les individus (6% des problèmes).

Avec le T.Q.M., chaque cadre de l'entreprise est censé porter une triple casquette : manager stratégique, manager opérationnel et manager par la qualité totale. Le principe du management par la qualité permet aux organisations d'améliorer leurs performances. Le modèle T.Q.M. est fondé sur les normes ISO 9000-2000 et ISO 9004-2000 qui définissent huit principes<sup>19</sup> de management par la qualité :

Principe 1 : Orientation client

Les organismes dépendent de leurs clients, il convient donc qu'ils en comprennent les besoins présents et futurs, qu'ils satisfassent leurs exigences et qu'ils s'efforcent d'aller au-devant de leurs attentes.

Principe 2 : Leadership

Les dirigeants établissent la finalité et les orientations de l'organisme. Il convient qu'ils créent et maintiennent un environnement interne dans lequel les personnes peuvent pleinement s'impliquer dans la réalisation des objectifs de l'organisme.

Principe 3 : Implication du personnel

---

<sup>18</sup> Agence Française de NORmalisation

<sup>19</sup> Ibid



Les personnes à tous niveaux sont l'essence même d'un organisme et une totale implication de leur part permet d'utiliser leurs aptitudes au profit de l'organisme.

Principe 4 : Approche processus

Un résultat escompté est atteint de façon plus efficiente lorsque les ressources et activités afférentes sont gérées comme un processus.

Principe 5 : Management par approche système

Identifier, comprendre et gérer les processus corrélés comme un système contribue à l'efficacité et l'efficience de l'organisme à atteindre ses objectifs.

Principe 6 : Amélioration continue

Il convient que l'amélioration continue de la performance globale d'un organisme soit un objectif permanent de l'entreprise.

Principe 7 : Approche factuelle pour la décision

Les décisions efficaces se fondent sur l'analyse de données et d'informations.

Principe 8 : Relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs

Un organisme et ses fournisseurs sont interdépendants et des relations mutuellement bénéfiques augmentent les capacités des deux organismes à créer de la valeur.

L'E.F.Q.M. a élaboré 32 questions pour évaluer l'entreprise. Elle décerne chaque année un trophée à une entreprise ayant démontré le plus haut niveau d'excellence dans ce type de management T.Q.M.

### 1.2.2 La culture d'entreprise

Généralement, les entreprises mettent dix ans pour s'inscrire dans un modèle T.Q.M. car cela nécessite une transformation culturelle de l'entreprise. L'engagement total des dirigeants dans cette démarche est une condition essentielle. Ensuite, l'implication de tout le personnel dans la volonté d'apprendre, d'améliorer sans cesse et de penser orientation client seront la continuité de la démarche. Les six politiques majeures<sup>20</sup> du T.Q.M. sont :

- adopter une approche intégrée, cohérente et globale
- obtenir l'engagement total des dirigeants et de l'encadrement

---

<sup>20</sup> BERNARD C.Y., Le management total par la qualité, Paris, Ed. AFNOR, 2000, 327p

- instaurer un processus d'amélioration continue
- systématiser le management par les faits
- impliquer tout le personnel
- orienter l'entreprise vers ses clients.

La certification permet de questionner les pratiques professionnelles afin de les améliorer. Elle mobilise l'ensemble des professionnels des entreprises et favorise ainsi le décloisonnement des services. Pour Philippe BURNEL<sup>21</sup>, la culture patient est fondée sur une véritable culture d'établissement centré sur les patients. Elle fait alors émerger un sentiment d'appartenance à un établissement avec l'appropriation d'une culture commune avec une vision commune de la qualité des soins.

« Sous le terme de culture, on désigne un ensemble de savoirs et de pratiques déterminées par des normes et des valeurs partagées par un groupe »<sup>22</sup>. Pour construire cette culture d'entreprise, il faut partager des valeurs du soin et des normes du soins pour favoriser une pratique commune orientée patient.

### 1.2.3 La notion de client-patient au centre du dispositif

Le management de la qualité est basé sur un management au service de la prestation délivrée au client, au patient. Ainsi, le concept qualité s'inscrit dans la volonté de satisfaire les besoins et les exigences du client. C'est le premier des huit principes de management par la qualité défini dans l'ISO 9000-2000.

La mise en œuvre de ce principe de l'orientation client, consiste pour les entreprises à :

- détecter et comprendre les besoins et attentes du client
- s'assurer que les objectifs de l'entreprise sont en phase avec les besoins et attentes du client
- développer un dialogue interne pour sensibiliser les personnels avec les clients
- mesurer la satisfaction des clients et agir sur les résultats.

Ces objectifs sont tout à fait superposables avec les missions des établissements de santé envers les patients et les usagers accueillis. La déclinaison des projets d'établissement, des projets qualité et des projets de soins reprennent cet aspect central de réponse aux besoins et attentes du patient. L'implication de l'ensemble des acteurs

---

<sup>21</sup> in Cahiers hospitaliers, n°229, décembre 2006, dossier «la certification des établissements de santé »

<sup>22</sup> FISCHER G.N., La psychologie sociale, Paris, Ed. du Seuil, 1997, 442 p

des établissements de santé doit concourir à l'atteinte de cet objectif central. Ceci participe alors d'une culture partagée évoquée précédemment.

### **1.3 Les pratiques d'évaluation des compétences managériales dans les établissements de santé**

#### 1.3.1 De la notation administrative à l'évaluation des personnels

Les fonctionnaires stagiaires et titulaires sont notés chaque année. La notation comporte une note chiffrée et une appréciation générale qui exprime la valeur professionnelle du fonctionnaire.

C'est l'autorité investie du pouvoir de nomination qui a pouvoir de notation. Cette notation entraîne des effets sur la carrière du fonctionnaire tant du point de vue de l'avancement que de la rémunération (prime de service).

Cette notation administrative doit comporter un entretien d'évaluation entre l'agent et le supérieur hiérarchique, au cours duquel sera abordé le travail réalisé sur une année et où seront fixés les objectifs pour l'année à venir. Sans formalisation de ce qui est attendu au poste de travail occupé, cette rencontre prend alors la forme d'un rituel qui ne permet pas réellement d'aborder les compétences démontrées en activité.

Pourtant, l'évaluation est un outil de management<sup>23</sup> au service des personnels (feed-back, valorisation des compétences, accompagnement des projets professionnels), de l'encadrement (GPEC, action sur la motivation des agents, amélioration du climat social) et de l'organisation en général (communication interne, détection des potentiels, mise en œuvre des projets institutionnels avec respect des objectifs).

Les professionnels sont généralement évalués par leur supérieur hiérarchique N+1. Sa connaissance du travail réalisé par l'évalué en terme d'activités et de comportement professionnel favorise l'échange entre l'évaluateur et l'évalué.

Pour les professionnels soignants, ce sont les cadres de santé qui évaluent leurs activités et leurs compétences. Les cadres de santé sont évalués par les cadres supérieurs de santé, eux-mêmes évalués par le directeur des soins.

L'évaluation des personnes, des activités fait partie intégrante des pratiques managériales évaluées chez les cadres de santé.

---

<sup>23</sup>DERENNE O., LUCAS A. et Al, Le développement des ressources humaines, vol.2, Rennes, Edition ENSP, 2005, p.145

L'évaluation des personnels soignants et des cadres de santé est un outil de management du directeur des soins.

L'évaluation est un critère présent dans le manuel de certification V2007<sup>24</sup>. Il s'agit de la référence 8D « L'évaluation des personnels est mise en œuvre ».

Les éléments d'appréciation retenues sont :

- identification des qualifications et des compétences requises pour l'exercice professionnel
- dispositif d'évaluation régulière des compétences professionnelles, y compris médicales, dans tous les secteurs
- connexion avec la notation dans le public ou politique promotionnelle et d'intéressement dans le privé.

### 1.3.2 La formalisation des évaluations : la place des référentiels métier, d'activités ou de compétences

Pour Charles HADJI<sup>25</sup>, l'évaluation est «l'acte par lequel on formule un jugement de « valeur » portant sur un objet déterminé (individu, situation, action, projet...) par le moyen d'une confrontation entre deux séries :

- des données qui sont de l'ordre du fait et qui concernent l'objet réel à évaluer,
- des données qui sont de l'ordre de l'idéal et qui concernent des attentes, des intentions ou des projets s'appliquant au même objet. »

Ainsi, l'essentiel de l'évaluation réside dans la mise en rapport entre ce qui existe (la réalité) et ce qui est attendu (la norme, le modèle idéal, les critères qui serviront de grille de lecture).

Dans le cadre de l'évaluation des personnels, la norme sera constituée par l'ensemble des activités du métier considéré dans un contexte donné et qui feront référence.

L'utilisation de référentiel dans l'évaluation permet de donner du sens et assure un cadre qui sera le point de départ pour établir la confiance. Pour Michel VIAL<sup>26</sup>, « le référentiel est une base pour dialoguer avec familiarité des professionnels ». Les référentiels

---

<sup>24</sup> Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, Edition 2007, H.A.S., Direction de l'accréditation

<sup>25</sup> Charles HADJI, «L'évaluation, règles du jeu, des intentions aux outils », Paris, ESF éditeur, 1989, p 25

<sup>26</sup> Michel VIAL, «Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé ? », Soins cadres n°37, Janvier-Mars 2001, p.68

permettent d'expliciter la réalité des activités professionnelles. Il sert de référence pour l'évaluateur et l'évalué. Ce référentiel ne doit pas être figé mais être évolutif pour s'adapter aux évolutions de poste, de métier.

Dans le monde professionnel, nous retrouvons plusieurs types de référentiels :

- les référentiels métier
- les référentiels d'activités
- les référentiels de compétences.

Le répertoire des métiers<sup>27</sup> de la Fonction Publique Hospitalière récapitule les principaux métiers présents à l'hôpital. Les fiches métier constituées servent alors de référentiels pour les managers dans différents champs :

- clarification des activités par rapport au métier déterminé en lien avec l'organisation de travail
- aide pour le recrutement et la prospective des métiers futurs
- accompagnement des projets de formation
- évaluation des agents.

Dans la réalisation de ce répertoire, un groupe spécifique a déterminé un cadre commun managérial dans lequel on retrouve des références communes aux métiers du management (activités et compétences) quelque soit le lieu d'exercice.

Trois niveaux d'encadrement ont été repérés correspondant à un positionnement distinct en terme de gestion d'équipe et de poids de la décision :

Niveaux d'encadrement	Animation des ressources humaines	Impact des décisions et période d'autonomie	Métier d'encadrement soignant concerné
Stratégique	Coordination de plusieurs équipes, de cadres intermédiaires	Long terme : un à trois ans	Directeur des soins
Intermédiaire	Coordination de plusieurs équipes de cadres de proximité	Moyen terme : six mois à un an	Cadres supérieur de santé
De proximité 1 et 2	Animant le plus souvent directement une équipe d'opérateurs	Court terme : un mois	Cadre de santé

<sup>27</sup> Ministère de la santé et de la Protection Sociale, Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Rennes, Ed. ENSP, 2004

Les domaines d'activités de management retenues sont :

- planification et contrôle des activités
- gestion et suivi des moyens et ressources
- management des équipes et des personnes
- organisation
- coordination transversale.

Les savoir-faire en management sont :

- Anticiper les activités et les moyens nécessaires
- Fixer des objectifs et évaluer les résultats des équipes et/ou des collaborateurs
- Créer et adapter les conditions de l'efficacité, de l'innovation et de la motivation des agents
- Réagir aux situations et décider entre différentes alternatives (humaines, techniques, équipements, fournisseurs, procédures ....)
- Animer et entraîner des collaborateurs et/ou des équipes
- Communiquer oralement et/ou par écrit auprès de son équipe et/ou des publics divers
- Evaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs.

Les fiches métiers peuvent donc servir de référentiels pour évaluer les compétences managériales des cadres de santé à partir des activités et des savoir-faire formalisés.

La réalisation de fiches de poste et de fiches de fonction servent de référentiel d'activités. L'élaboration de ces fiches avec les équipes permet de questionner les pratiques professionnelles au regard d'activités formalisées. L'évaluation des pratiques permet de questionner les critères retenus et ainsi faire évoluer les fiches de poste. La fiche sert de norme et de base d'échanges professionnels au moment des situations d'évaluation.

✓ Du concept de compétence à l'élaboration d'un référentiel de compétences :

« La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable. C'est donc à l'entreprise qu'il appartient de la repérer, de l'évaluer, de la valider et de la faire évoluer<sup>28</sup> ».

---

<sup>28</sup> Définition de la compétence, MEDEF, Conférence Deauville

Cette définition rejoint celle donnée par Philippe ZARIFIAN<sup>29</sup> « La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité d'un individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté ». Pour lui, « la compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmentent ». Cet auteur insiste sur la dynamique d'apprentissage en situations de travail. Ainsi, pour développer des compétences, le professionnel doit être confronté à des situations de travail dans lesquelles il va apprendre.

Ces définitions traduisent aussi le lien inextinguible entre le professionnel et la situation de travail réalisée. C'est bien le cadre N+1, donc de proximité qui peut juger de la compétence de l'agent.

Les entreprises ont souvent élaboré des référentiels de compétences dans la suite de l'écriture des fiches de poste, ils sont cependant peu utilisés car non reconnus par les professionnels qui n'y ont pas participé. Pourtant ces référentiels de compétences permettent de cadrer les échanges entre ce qui est attendu et ce qui est réalisé dans l'exercice professionnel.

A partir des métiers d'encadrement soignants (cadres de santé d'unité et de secteurs de soins et d'activités paramédicales) du référentiel métier, le directeur des soins peut associer les activités nécessaires à l'exercice d'encadrement dans le contexte des pôles et élaborer un référentiel de compétence. Les différents documents précédemment cités vont servir de réflexion à l'élaboration d'un référentiel correspondant à l'exercice des métiers d'encadrement soignant.

### 1.3.3 Une posture : évaluateur et contrôleur

La posture<sup>30</sup> d'évaluateur renvoie à des fonctions, des rôles, une place dans le système (hiérarchie). Etre évaluateur oblige à se distancier, à prendre du recul pour opérer une rupture entre le réel et l'idéal, entre l'évaluateur et l'évalué.

---

<sup>29</sup> ZARIFIAN P. , Le modèle de la compétence, Paris, Edition Liaison, 2001

<sup>30</sup> ARDOINO J., Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant, Les nouvelles formes de recherche en éducation, Paris, Ed ANDSA, 1990.

La posture n'est pas une position choisie et qu'on voudrait conserver, c'est bien davantage une façon d'être, une attitude c'est à dire une façon d'aborder la chose, dans tel ou tel état d'esprit. La posture renvoie au projet.

Evaluer quelqu'un, c'est alors proposer une appréciation à partir d'un modèle de référence qui n'est pas stable puisqu'il peut se construire au fur et à mesure du processus d'évaluation<sup>31</sup>.

Le contrôle est tout à la fois un système, un dispositif et une méthodologie constituée par un ensemble de procédures ayant pour objet de mesurer l'écart entre la conformité à une norme et la réalité observée. La posture de contrôleur renvoie alors à celle de vérificateur. La référence est stable.

Finalement, l'évaluation recouvre les deux postures de contrôleur et d'évaluateur.

Après cette approche contextuelle et conceptuelle, nous allons recueillir des données de terrain afin d'analyser la pratique et les points de vue des professionnels « managers » sur l'évaluation des pratiques des cadres de santé.

---

<sup>31</sup> ARDOINO J., L'évaluation comme interprétation, Revue Pour, juin, juillet, août 1986, n°107



## **Deuxième partie : COMPRENDRE LES PRATIQUES D’EVALUATION DES CADRES DE SANTE A PARTIR D’UNE ETUDE DE TERRAIN**

Dans cette partie, nous exposons le travail d’enquête réalisée dans deux établissements de santé publics et auprès de deux directeurs des soins d’établissement privé (PSPH) afin de répondre à la question posée et aux hypothèses énoncées.

L’étude de terrain nous permet d’enrichir le questionnement de l’évaluation des pratiques managériales au travers de l’expérience des professionnels hospitaliers rendant compte de leur pratique professionnelle de management.

### **2.1 Objectifs de l’étude**

Afin de réaliser un recueil de données significatifs de notre questionnement, nous avons posé des objectifs d’enquête. Les objectifs nous permettent de déterminer la population à étudier, les moyens de recherche et les techniques de mise en oeuvre<sup>32</sup> :

- 1 – Comprendre la politique d’établissement dans le domaine de l’évaluation des compétences des professionnels
- 2 – Identifier les pratiques d’évaluation des managers de l’établissement dans la mise en œuvre opérationnelle
- 3 – Mesurer les écarts entre les visées et les pratiques d’évaluation
- 4 – Comprendre la posture des évaluateurs et leurs attentes vis à vis des cadres de santé
- 5 – Repérer les documents référentiels utilisés pour l’évaluation.

La mise en évidence de ces points nous permettra de répondre aux hypothèses et d’élargir le questionnement afin d’enrichir la réflexion sur la politique managériale des directeurs des soins.

---

<sup>32</sup> GRAWITZ M., Méthode de recherche en sciences sociales, Paris, Ed Dalloz, 10<sup>e</sup> édition, 1996, p.498

## 2.2 Méthodologie de l'enquête

### 2.2.1 Choix de la population enquêtée

La question posée concerne l'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé aussi nous avons ciblé nos rencontres auprès de managers des établissements de santé réalisant des évaluations soit :

- des directeurs de ressources humaines
- des directeurs des soins
- des cadres supérieurs de santé responsables de pôles cliniques.

L'enquête s'est déroulée dans deux établissements de santé publique où nous avons effectué nos stage : un C.H.U. (Etablissement A) et un Etablissement Public de Santé Mentale (Etablissement B).

Afin d'alimenter la réflexion, nous avons réalisé des entretiens auprès de deux directeurs des soins d'établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (Etablissement C et D). Dans ces structures, il n'existe pas de poste de cadres supérieurs de santé.

Nous n'avons pas réalisé d'enquête auprès des médecins responsables de pôles bien que leur participation à l'évaluation des cadres de santé est effective.

Les entretiens et études de documents réalisés ont ainsi été répartis :

	Etablissement A	Etablissement B	Etablissement C	Etablissement D
D.R.H.	1	1	0	0
D.S	2	1	1	1
C.S.S	0	6	/	/
Etude des documents	OUI	OUI	OUI	OUI

Le choix de cette population et de ces établissements nous apportera des éléments utiles à l'enrichissement de notre questionnement. Nous savons cependant que les résultats obtenus ne sont pas généralisables.

### 2.2.2 Choix des méthodes de recueil de données

Afin de répondre aux objectifs fixés pour l'étude, nous avons retenu deux méthodes de recueil de données :

- L'analyse de documents internes à l'établissement pouvant faire référence à l'évaluation des professionnels tels que le projet d'établissement, le projet social, le projet de management, le projet de soin, le projet qualité, les documents supports à l'entretien d'évaluation des personnels. Ces données nous ont permis de repérer la politique d'établissement dans ce domaine et d'établir les liens entre le prescrit et le réel, entre la visée et la mise en œuvre de l'évaluation des cadres de santé.
- La réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels précédemment cités afin de recueillir le discours des acteurs sur leur pratiques d'évaluation des cadres de santé, leur expérience, leurs attentes et leur posture.

Cette méthode d'entretien permet d'obtenir une expression libre et en profondeur<sup>33</sup> des personnes interviewées. Un guide d'entretien avec des questions ouvertes a été construit<sup>34</sup> en lien avec les objectifs d'étude. Les entretiens ont été majoritairement enregistrés avec l'accord des personnes rencontrées nous permettant de nous centrer sur l'écoute et facilitant les reformulations pour approfondir les propos des personnes interviewées. Pour trois d'entre eux, nous avons eu recours à une prise de note la plus exhaustive possible.

### 2.2.3 La grille d'analyse

Nous avons réalisé une analyse des documents mis à notre disposition. Nous avons repéré les items correspondant à nos objectifs à savoir la politique d'évaluation des personnels, la politique managériale, les référentiels utilisés lors des évaluations. Cette catégorisation nous permet de repérer les items des écrits en lien avec la thématique de l'évaluation ou de la politique de management.

La grille d'entretien nous a servi à construire une grille d'analyse<sup>35</sup> de données. Afin de vérifier les hypothèses posées, les catégories prévues à l'avance ont été enrichies par notre connaissance sur le thème de l'évaluation et l'utilisation des référentiels précités (manuel de la HAS sur l'auto-diagnostic du management, répertoire des métiers). Cette catégorisation nous a permis d'analyser le discours retranscrit dans son intégralité. L'analyse de contenu permet « l'examen objectif, exhaustif, méthodique et si possible

---

<sup>33</sup> Ibid, p. 589

<sup>34</sup> Le guide d'entretien se situe en annexe

<sup>35</sup> La grille d'analyse se situe en annexe

quantitatif d'un texte en vue d'en tirer ce qu'il contient de significatif par rapport aux objectifs de la recherche »<sup>36</sup>

#### 2.2.4 Déroulement de l'enquête

Nous avons réalisé l'enquête dans les établissements publics où nous sommes allée en stage. La taille des établissements (1800 lits pour le C.H.U. et 700 lits et places pour l'E.P.S.M.) et la typologie de prise en charge des patients nous ont permis d'enquêter dans des lieux où la culture d'entreprise et l'identité professionnelle des cadres supérieurs de santé et des directeur des soins influencent certainement les pratiques d'évaluation qui nous ont été livrées. Cette diversité des réponses a participé à l'intérêt du questionnement posé et à notre réflexion en tant que directeur des soins.

Notre rencontre avec un expert-visiteur exerçant dans le secteur privé a aiguisé notre intérêt à comprendre les démarches d'évaluation dans ce secteur afin d'enrichir la réflexion. Ainsi, nous avons pu interviewer deux directeurs des soins exerçant dans des établissements privés PSPH.

#### 2.2.5 Intérêt et limites de l'enquête

La rencontre avec les différents professionnels nous a permis de modifier notre représentation du fonctionnement des établissements et nous a confirmé l'intérêt de nous pencher sur ce thème sensible de l'évaluation des compétences et des pratiques managériales.

Dans un établissement, le climat social dans un contexte de mise en œuvre des pôles cliniques nous a limité dans la réalisation des entretiens auprès des cadres supérieurs de santé. Nous aurions souhaité recueillir des témoignages de l'ensemble des managers de santé dans les deux établissements afin de faire le lien entre la politique d'évaluation annoncée et la mise en œuvre concrète.

### 2.3 Les résultats de l'enquête

Les résultats concernent tout à la fois les données recueillies dans les sources documentaires des établissements que dans les propos recueillis au cours des entretiens

---

<sup>36</sup> MUCCHIELLI R., L'analyse de contenu, 9<sup>ème</sup> édition, Paris, Ed. ESF, 2006, 223 p

avec les professionnels. Afin de respecter la parole de nos interlocuteurs et afin d'illustrer les pratiques évoquées, nous avons choisi de donner certains extraits de leur discours.

### 2.3.1 Les dispositifs d'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé dans les établissements enquêtés

#### A – Des projets à la formalisation des procédures d'évaluation

La question de l'évaluation des personnels et des cadres de santé en particulier est traitée dans un ou des projets des établissements enquêtés. Les objectifs sont posés mais la mise en œuvre des actions n'est pas toujours réelle. On retrouve ainsi trois classements possibles au regard de la réalisation des projets<sup>37</sup> :

- 1 – Le projet énonce l'intention de l'évaluation et la mise en œuvre opérationnelle est effective : il y a cohérence entre la visée et la réalisation
- 2 – Le projet énonce la visée, la mise en œuvre correspond à l'élaboration d'outils d'évaluation mais les acteurs s'approprient partiellement l'opérationalité : le sens du projet n'est que partiellement intégré par les acteurs de l'évaluation
- 3– Le projet énonce l'objectif de l'évaluation mais il n'y a pas de formalisation de la procédure : les évaluateurs improvisent des actions d'évaluation en fonction de leur mode de management.

On peut récapituler sous forme d'un tableau les résultats concernant ce lien entre l'écriture du projet, la formalisation des procédures d'évaluation et la réalisation concrète de l'évaluation des cadres de santé.

Etablissement	Projets évoquant l'évaluation des cadres	Formalisation des supports d'évaluation	Réalisation de l'évaluation
Etb A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet qualité avec référence au management par la qualité</li> <li>- Projet de management conçu à partir des 5 fonctions du guide HAS</li> <li>- Projet de prise en charge qui évoque le processus de management des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de procédure d'évaluation des personnels</li> <li>- Entretien d'évaluation avec la notation</li> <li>- Peu de fiches de poste rédigées</li> <li>- Pas de référentiel (le guide HAS n'est pas utilisé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation annuelle des cadres sup par les DS</li> <li>- Pas de concertation de l'équipe des DS sur ce sujet</li> <li>- Objectifs de l'évaluation pas énoncés</li> </ul>

<sup>37</sup> Jean-Pierre BOUTINET, Psychologie des conduites à projet, PUF

Etb B	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet social : chapitre sur l'évaluation des personnels en lien avec la formation</li> <li>- Projet de soin : accompagnement des nouveaux professionnels et évolution des missions des cadres dans le cadre de la nouvelle gouvernance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures d'évaluation écrites</li> <li>- Support d'évaluation</li> <li>- Entretien annuel de bilan et d'évolution</li> <li>- Fiches de poste écrites pour tous les métiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation annuelle des cadres soignants</li> <li>- Support utilisé</li> <li>- Pas de référentiels, les fiches de postes ne sont pas utilisées</li> <li>- Objectifs énoncés : projet professionnel et formation</li> </ul>
Etb C et D (privé PSPH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet national de fédération sur l'évaluation des personnels en lien avec la rémunération</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procédures d'évaluation écrites</li> <li>- Support d'évaluation</li> <li>- Référentiel de compétences pour les cadres de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation pluri-annuelle réalisées avec l'intégralité des support et le référentiel</li> <li>- Objectifs énoncés : qualité des soins, performance, satisfaction des personnels</li> </ul>

En résumé, nous pouvons dire que les établissements évoquent la question de l'évaluation des personnels dans les projets institutionnels. Dans deux établissements, la question de l'évaluation du management est clairement signifiée. On peut observer cependant que la pratique d'évaluation du management n'est pas complètement inscrite dans la culture d'établissement. Les pratiques d'évaluation des cadres dans le secteur privé nous éclaire sur le temps nécessaire à cette acculturation. En effet, la démarche a été instituée en 2000 dans ces structures. Sept ans plus tard, les directeurs des soins évoquent cette pratique comme faisant partie intégrante de leur management. Le lien entre cette action d'évaluation et la qualité des soins est au centre du discours.

## B – Des temps d'évaluation institués

Les pratiques d'évaluation des managers sont réalisées au cours de trois temps :

### ➤ Un temps formalisé : l'entretien annuel

Quand on évoque la question de l'évaluation des cadres de santé, l'ensemble des personnes interviewées a aussitôt fait référence à l'entretien annuel d'évaluation couplée ou non avec la notation.

« Il y a l'entretien annuel c'est à dire le bilan d'évolution que je trouve très bien ». « Le bilan pose les premiers jalons d'objectifs que les cadres ont à réaliser l'année suivante ». « Je rencontre les cadres tous les ans puis tous les trois mois pour le suivi des objectifs ».

L'entretien annuel est programmé. Il marque le temps d'évaluation entre l'agent et son supérieur hiérarchique N+1.

➤ Des temps de rencontre individuelle avec les cadres de santé

Dans leurs pratiques, les directeurs des soins rencontrent les cadres supérieurs en entretien régulier pour évoquer les problématiques des pôles, le suivi des projets en cours. Ces entretiens sont soit programmés : « Je rencontre chaque cadre individuellement 30 minutes minimum une fois par semaine, ça leur permet de ne pas avoir à me courir après tout le temps ». « Je fais le bilan avec les cadres sup de mes pôles en entretien une fois par mois ».

Ces temps programmés permettent d'aborder le quotidien mais aussi la question des pratiques managériales au travers l'analyse de situations rapportées par les cadres supérieurs : « Pendant ces entretiens, je fais le tour des projets en cours et des difficultés rencontrées. Dans ces moments-là, on peut dire que je fais quelque fois de l'évaluation, j'amène les cadres sup à infléchir des stratégies de management et puis ça m'arrive de reprendre des choses par rapport à des conduites d'équipes dont leur management des cadres de santé ».

Les directeurs des soins reçoivent en entretien non programmée les cadres supérieurs qui le demandent : « Je reçois facilement les cadres supérieurs quand ils en ont besoin, la porte est ouverte ».

Pour les cadres supérieurs interviewés, ces rencontres informelles à la demande des cadres sont très courantes « ma porte est toujours ouverte, il peuvent me joindre à tout moment ». Si les cadres ont des soucis ils peuvent venir me voir, il y a une souplesse dans la relation ». Ces rencontres individuelles permettent d'aborder des pratiques managériales de certains cadres qui ne sont pas évoqués en groupe de cadres « quand ça touche plus particulièrement une décision que le cadre a prise, on en discute avant la réunion de cadre, ça se passe à deux », « je demande quelque fois à rencontrer le cadre pour remettre les choses au point ».

Ainsi, ces temps d'échanges individuels permettent de communiquer sur les pratiques managériales. Au moment de ces échanges, l'explicitation des situations rapportées permet une réflexion des cadres de santé sur leurs pratiques. Il n'est pas fait référence à une norme, à une attente institutionnelle. Ainsi évaluateur et évalué confortent ce qui est rapporté à leur propres attentes.

➤ Les réunions d'encadrement

Ces réunions sont programmées avec un ordre du jour défini. Les directeurs des soins organisent :

- une réunion mensuelle avec les cadres supérieurs de pôles

- une réunion trimestrielle avec les cadres de santé

Les cadres supérieurs organisent des réunions hebdomadaires avec les cadres de santé du pôle.

Ces réunions d'encadrement ne permettent pas ou peu d'échanger sur les pratiques professionnelles de management : « les jeux entre cadre sup perturbent les possibilités de travailler sur le management mais ils sont demandeurs d'une parole partagée », « on est souvent dans de la transmission d'information et de gestion de projet ». Mais quelquefois, des situations spécifiques de management sont évoquées. Elles sont alors l'objet d'une analyse collective permettant de questionner la pratique managériale dans le contexte énoncé : « on évoque des situations avec des agents, certains cadres disent, moi je ferai comme ça, on s'interroge, on se questionne, après le cadre utilisera ce qui lui convient le mieux ».

Ces réunions permettent aux directeurs des soins de recueillir des indices sur le management des cadres de santé : « en réunion, je vois l'implication des cadres sup dans les projets institutionnels », « le positionnement du cadre sup en réunion me renseigne sur son positionnement institutionnel », « certains montrent leur difficulté à négocier, l'écoute ce n'est pas leur fort ».

Pour les directeurs des soins et les cadres supérieurs interviewés, ces trois temps de rencontres (entretien annuel, entretien, réunion d'encadrement) sont en lien avec des pratiques d'évaluation du management.

Les DRH ne réalisent pas d'évaluation directe des cadres. Ils considèrent que cette action relève du management des directeurs des soins avec qui ils échangent sur les compétences attendues des cadres de santé.

### C – La place des référentiels

Des référentiels métier, d'activité ou de compétences ne sont pas utilisés par les évaluateurs sauf dans les établissements privés PSPH. Dans ces établissements, la procédure instituée renvoie à l'utilisation des référentiels de compétences pour évaluer les pratiques de management. Il facilite la rédaction de l'appréciation qui détermine alors l'impact sur la part variable individuelle (prime annuelle) et la bonification indiciaire de carrière (impact sur le salaire). «A la fin de l'évaluation, j'attribue un coefficient en référence à ce qui a été fait pendant l'année », « je peux dire cette année je ne demande rien parce que les objectifs n'ont pas été atteints ».



Dans l'établissement où il existe un projet de management, les directeurs des soins ne s'en servent pas : « je ne m'en sers absolument pas car personne n'y fait jamais référence, pour moi il n'est pas adapté ». Ainsi le guide HAS qui a servi de base à la construction du projet de management ne sert pas de guide, de référence à l'évaluation. Pour l'entretien annuel, les directeurs des soins construisent eux-mêmes une grille d'évaluation qui leur est propre : « je me suis crée un support d'évaluation qui reprend plusieurs points, le savoir-faire, la communication, le management des cadres de santé, la relation avec les autres cadres supérieurs, la gestion de pôle », « j'ai travaillé avec ma grille à moi qui est un moment de bilan sur les objectifs, un retour de ma part et les objectifs de l'année suivante ».

Quand le support d'évaluation existe, il est utilisé car il sert de cadre à l'entretien « je me sers de la trame de l'entretien de l'année passée », « le support m'astreint à formaliser l'entretien et c'est un support facilitant dans ce qui est moins facile à dire », « ça évite mes dérives à moi, ça m'oblige à remplir toutes les cases, j'écris, je reformule ».

Les fiches de poste élaborées ne servent pas de support à l'entretien.

Malgré ce support construit, deux cadre supérieurs ont évoqué recourir à la construction d'une grille personnelle pour réaliser cet entretien : « le bilan d'évolution tel qu'il a été travaillé dans l'établissement ne me satisfait pas pleinement, je trouve que c'est trop large », « j'ai récupéré un document d'une collègue cadre sup d'un autre établissement qui me convient mieux ». Cette grille personnelle encadre alors l'entretien, il sert de référence et facilite l'utilisation du support institutionnel.

L'utilisation d'un support d'évaluation semble incontournable dans la pratique des évaluateurs. Que ce soit un document institutionnel ou l'élaboration personnelle d'un objet, la grille utilisée sert alors de référence pour l'évaluateur. Quid du partage de ce support avec l'évalué.

#### D – Une structuration pyramidale de l'évaluation

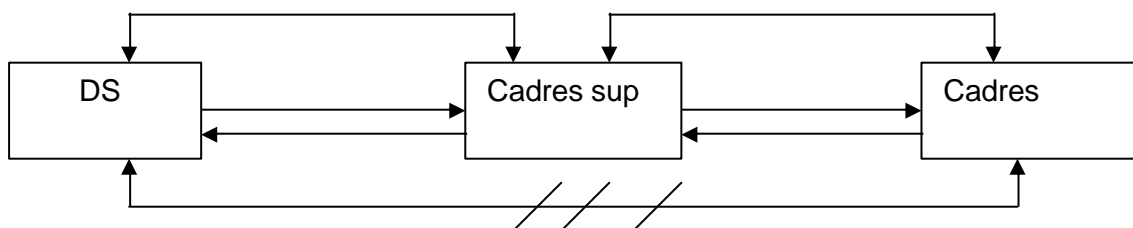
La réalisation des évaluations des cadres de santé reflète l'organisation pyramidale instituée dans les organisations mécanistes (bureaucraties professionnelles) au sens d'H. MINTZBERG<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> MINTZBERG H., Le management, voyage au centre des organisations, Paris, Ed. d'Organisation, 1990

Les directeurs des soins évaluent les cadres supérieurs de santé qui eux-mêmes évaluent les cadres de santé qui eux-mêmes évaluent les professionnels soignants des unités de soins. Il s'ensuit une coupure à chaque strate des managers. Même si nous avons évoqué la nécessaire proximité du manager évaluateur N+1 pour évaluer les pratiques managériales des collaborateurs, cette situation engendre une méconnaissance des pratiques professionnelles des acteurs qui sont au plus proche de la production de soins. Pour les directeurs des soins, dans la mise en œuvre de leurs politique des soins, l'évaluation de la coordination est difficile : « les cadres supérieurs font les entretiens des cadres de santé, je n'ai aucun retour de ces entretiens si ce n'est les souhaits d'évolution professionnelle et les besoins de formation » ; « je n'ai pas assez d'éléments pour les cadres de santé », « au travers du discours des cadres supérieurs, je ne peux pas connaître les pratiques managériales des cadres », « l'évaluation des cadres m'échappe totalement ».

Pour la mise en œuvre du projet de soin, les compétences managériales de l'ensemble de l'encadrement sont nécessaires. Il semble difficile dans ces exemples de réellement évaluer les pratiques des cadres de santé pour réajuster si besoin des actions de mise en œuvre. La communication interne entre les différents groupes de cadres est un facteur de cohésion.



Schématiquement, l'organisation pyramidale instituée éloigne le directeur des soins du management de proximité. Cette constatation est très présente dans le discours entendu et nous semble un point sensible à prendre en compte dans la politique managériale du directeur des soins.

### 2.3.2 La posture d'évaluateur

#### A – Le projet d'évaluation des compétences

L'élaboration des fiches de poste est une première étape dans la connaissance des pratiques managériales réalisées dans l'établissement. Pour les directeurs des soins interviewés, même s'il existe des projets d'évaluation dans les projets institutionnels, la pratique d'évaluation reste partielle et très juxtaposée à la notation administrative. Ce rendez-vous annuel où des objectifs d'activités et de pratiques managériales des cadres

supérieurs sont fixés, n'est que ponctuel. La notion de suivi est envisagée mais pas réalisée « je devrai utiliser les objectifs fixés pour faire des rappels aux cadres supérieurs », « je me sers davantage du projet de soin pour faire avancer les cadres supérieurs ».

La déclinaison du projet de soin au sein de l'établissement nécessite des compétences managériales à tous les niveaux : direction des soins, cadres supérieurs de pôle, cadre en mission transversale et cadres de santé des unités fonctionnelles.

Dans les propos recueillis, la finalité de l'évaluation des managers n'est pas exposée. Le lien avec la qualité des soins est rarement énoncée de même que l'amélioration des pratiques pour une compétence reconnu des professionnels.

Dans un établissement, on n'utilise pas le mot évaluation mais entretien d'évolution. Un cadre supérieur nous a dit qu'il n'aimait pas ce mot évolution : « ici, on ne doit pas prononcer le mot évaluation ».

## B – La posture de contrôleur

Peu de référentiels sont utilisés pour évaluer les cadres de santé. L'évaluation est davantage réalisé par rapport à un idéal partagé entre l'évaluateur et l'évalué. La mesure d'écart, quand elle montre un décalage entre ce qui est attendu et réalisé, est difficile à exposer : « quand j'évalue, je n'ai pas de critères d'évaluation », « quand ça va, je peux valoriser et faire des compliments, quand c'est dans la difficulté, je le dis mais ça me coûte ».

Quand la situation d'évaluation et les finalités de l'évaluation ont été insuffisamment explicités, cette rencontre engendre des craintes des deux côtés :

- du côté de l'évalué : la peur de s'exposer à des critiques, vécu d'une situation hiérarchiquement imposée
- du côté de l'évaluateur : la crainte aussi d'être exposé à des critiques par rapport à son propre management.

Ainsi les évaluateur minimisent leur posture d'évaluateur et de contrôleur : « cela se fait dans un échange d'égal à égal », « je n'ai pas forcément toutes les solutions et je demande au cadre de l'aide, je fonctionne comme ça c'est un partage », « l'entretien de bilan ça se passe cordialement, c'est juste faire le bilan, s'il y a eu des problèmes on les a abordé avant ».

Certains évoquent la nécessité du contrôle pour rappeler le « cadre ». Ils ont aussi besoin de ce contrôle pour repérer des indices qui serviront de base à l'évaluation : « j'ai plusieurs sources d'informations directes et indirectes par exemple j'assiste à des réunions de pôle et ça me renseigne sur leur comportement », « je peux très bien aller dans les unités de soins à la rencontre d'une infirmière et poser la question de la vérification alors peut-être que je suis un petit peu renard », « je vais aussi dans les unités même s'il n'y a pas de dysfonctionnement ».

La posture de vérificateur, de contrôleur n'est pas toujours facile à exercer pour les managers. Elle traduit l'absence d'une norme partagée entre l'évaluateur et l'évalué. Les objectifs fixés pour l'année correspondent à un écart constaté entre ce qui est attendu et réalisé mais cet objectif ne semble pas guider ensuite le manager dans sa pratique quotidienne.

### C – Les freins à l'évaluation

Les freins évoqués lors des entretiens relèvent des relations interpersonnelles professionnelles entre l'évaluateur et l'évalué. L'ensemble des directeurs des soins évoquent une difficulté essentielle à l'évaluation, c'est « le manque de confiance ». « Si la relation de confiance n'existe pas, je ne peux pas prendre totalement en compte ce qui est dit et je ne renvoie pas certaines choses ». Ainsi, ce sont les relations professionnelles au quotidien et le management institué qui auront une incidence sur la réalisation de l'évaluation. Pour un cadre supérieur la difficulté réside aussi dans cette relation interpersonnelle : « ce qui rend difficile les entretiens ce sont les amitiés et les inimitiés ». Cela renvoie à la distance nécessaire indispensable pour manager et évaluer.

Est aussi évoquée la posture peu facile à tenir quand les résultats ne sont pas encourageants : « c'est difficile quand une personne n'a pas atteint ces objectifs, je cherche mes mots pour évoquer des points négatifs en points à améliorer ».

L'organisation en pôle est aussi mentionnée comme une difficulté « je n'ai pas la vision exhaustive des activités et ne maîtrise pas les éléments de certains dossiers ». Cette difficulté est à mettre en lien avec une nouvelle organisation de référence des directeurs des soins par pôle dans cet établissement.

La taille de l'établissement et sa culture sont évoqués comme une difficulté dans la posture d'évaluateur : « ce n'est pas toujours évident car ici il y a un côté affectif important par rapport à l'hôpital général ».

Outre les freins à l'évaluation, les professionnels évoquent des éléments facilitant à l'évaluation. Pour les directeurs des soins, on retrouve deux points :

- la relation de confiance établie avec le cadre supérieur lors des rencontres mensuelles instituées
- l'utilisation d'un support d'évaluation que ce soit le document institutionnel ou celui créé par le directeur des soins.

Pour les cadres supérieurs, on retrouve deux éléments principaux :

- leur bonne connaissance du terrain et des agents
- l'utilisation du support pour mieux formaliser sa pensée.

L'expérience du secteur privé nous éclaire également sur les liens entre les modalités d'évaluation et la rémunération associée. Nous avons demandé aux deux directeurs des soins si le lien était facilitant ou non pour l'évaluation. Unaniment, les deux professionnels nous ont répondu que l'intérêt de l'évaluation était surtout d'améliorer les compétences managériales des cadres afin d'améliorer la prestation de soins dans le respect des projets institutionnels et du plan cancer : « je ne suis pas convaincue de l'intérêt de la bonification financière, les soignants ne fonctionnent pas comme ça », « les soignants sont plus attachés à la valorisation de leur travail et à leur conditions de travail ».

#### D – Les boucles de rétro-action et l'auto-évaluation

L'auto-évaluation est une évaluation interne de sa propre action qui permet de s'interroger, de réguler et de transformer ses actions.

La plupart des directeurs des soins ont dit que l'entretien d'évaluation leur donnait des indications importantes sur les organisations mais aussi sur leur propre management.

Cela renvoie au « pouvoir-agir » cité par Guy LE BOTERF<sup>39</sup>. En effet, pendant l'évaluation les trois points sont abordés :

- le pouvoir-agir lié à l'organisation, aux possibilités que donne l'établissement ou le manager à la réalisation des activités professionnelles,
- le vouloir-agir qui a trait à la motivation
- le savoir-agir qui renseigne des compétences développées en lien avec les connaissances et les capacités des cadres de santé.

---

<sup>39</sup> LE BOTERF G., Construire les compétences individuelles et collectives, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Ed. d'Organisation, 2004, 244 p

Le fait même d'aborder les situations de travail renseigne alors le directeur des soins des possibilités qu'offre l'organisation instituée dans l'établissement mais aussi de certaines difficultés rencontrées par le cadre supérieur dans la réalisation de son exercice professionnel managérial.

Pour permettre d'auto-évaluer leur propre management, les directeurs des soins questionnent directement les cadres supérieurs sur leurs attentes de la direction des soins : « je termine l'entretien en demandant comment ils perçoivent la direction des soins et les relations avec le directeur des soins », « après l'entretien d'évaluation je demande toujours à la personne si elle a des choses à renvoyer donc dans ce que le cadre supérieur me renvoie, il y a des choses qui tiennent à mon propre management. Cela me donne des indicateurs par rapport à mon management ». «à la fin de l'entretien, je demande quels sont les points forts et les points faibles de nos échanges et là c'est quelque chose d'intéressant c'est un peu le miroir ».

Le seul échange sur les situations de travail n'est pas suffisant pour renseigner le directeur des soins sur son propre management. Il y a une nécessité de retourner la situation d'évaluation ou l'évalué devient à son tour évaluateur. Ce type d'évaluation à 360° est réalisé dans de nombreuses entreprises privées.

### 2.3.3 Les compétences des cadres de santé : point de vue des acteurs interviewés

#### A – Les directeurs de ressources humaines

Même s'ils disent ne pas participer à l'évaluation directe des cadres de santé, les D.R.H. ont des attentes précises vis à vis de leurs compétences managériales. Pour eux, un cadre soignant compétent est celui :

- « qui sait maintenir un climat social favorable ». Outre la communication dans l'équipe, ils souhaitent que le cadre de santé anticipe les possibles réactions sociales et informe rapidement la direction des soins et la direction des ressources humaines ;
- « qui a une bonne connaissance des plannings ». La gestion des personnels en tenant compte de la législation ad hoc et les protocoles d'accords locaux doit être rigoureuse.

A propos de l'évaluation des cadres de santé, il n'y a pas d'attente différenciée par rapport aux autres professionnels de l'établissement. Pour les DRH, la réalisation des entretiens d'évaluation sert à la G.P.E.C. et à la construction du plan de formation.

## B – Les directeurs des soins

### ➤ La loyauté des cadres de santé

A la question posée sur les compétences, le premier point qui a été abordée par les directeur des soins, c'est le principe de loyauté. Cette loyauté concerne tout à la fois la loyauté vis à vis de l'institution au sens général que vis à vis de la direction des soins. C'est une condition sine qua non et primordiale de la relation professionnelle qui peut s'instaurer entre le directeur des soins et les cadres de santé. C'est ce qui permet d'établir la relation de confiance indispensable.

### ➤ Les compétences attendues chez les cadres supérieurs de santé

On retrouve des attentes citées systématiquement :

- une vision stratégique de l'établissement, une connaissance des projets institutionnels, « être au fait de la dynamique institutionnelle »,
- être moteur dans les projets, s'impliquer,
- avoir un positionnement de cadre dans une relation d'autorité, pour certains c'est « la capacité à faire autorité vis à vis du médecin et de l'assistant de gestion de pôle », « c'est être reconnu comme quelqu'un de valide dans les décisions prises ».

Et encore :

- être capable de s'auto-évaluer, de se remettre en question, de prendre de la hauteur
- la maîtrise du dialogue social
- la gestion des personnels et des compétences
- savoir rendre compte
- savoir poser des indicateurs pertinents.

### ➤ Les compétences attendues chez les cadres de santé

Pour les directeurs des soins interviewés, les compétences attendues chez les cadres de santé sont les mêmes que celles attendues chez les cadres supérieurs mais avec une dimension opérationnelle et clinique plus appuyées. Ils perçoivent aussi une différence dans la gestion des projets : « j'attends qu'un cadre puisse gérer sur un an alors que pour

un cadre supérieur, c'est trois ans ». Cela rejoint l'explication du management intermédiaire et de proximité dans le répertoire des métiers.<sup>40</sup>

Une autre attente est précisée, c'est leur compétence à gérer les plannings.

### C – Les cadres supérieurs de santé

Les attentes des cadres supérieurs diffèrent sur certains points. On retrouve en majorité :

- que le cadre sache se positionner vis à vis des équipes soignantes et médicales et soit capable de dire non,
- qu'il ait des capacités de communication au sein de son équipe, qu'il use de diplomatie, et vis à vis du cadre supérieur qu'il sache rendre compte
- qu'il soit modèle (notion d'exemplarité).

Ensuite de manière plus ponctuelle, on retrouve :

- être présent et disponible
- s'impliquer dans les projets et missions transversales
- être capable de se remettre en question
- savoir anticiper et s'organiser.

Les attentes des différents acteurs sont semblables. Si l'on analyse ses propos au travers du filtre du référentiel de la HAS, on s'aperçoit que les critères retenus dans le guide s'adressent davantage au management des dirigeants. Cependant, la déclinaison au niveau intermédiaire et de proximité est possible. En reprenant les attentes exprimées des directeurs des ressources humaines, des directeurs des soins et des cadres supérieurs de santé, nous pouvons dire que les fonctions « prévoir », « organiser », « décider » et « motiver » sont attendues dans le discours des dirigeants. Une fonction n'est pas ou très peu évoquée c'est la fonction « évaluer ». En effet, quand nous reprenons les critères attendus :

- les indicateurs de performance
- l'utilisation d'outils de contrôle
- l'évaluation du personnel (seul critère évoquée puisqu'il fait partie du questionnement initial)
- l'appréciation de la satisfaction du patient et des personnels
- le partage d'expérience (les réunions d'encadrement n'ont pas cet objectif)

---

<sup>40</sup> Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Ed. ENSP, 2004



- la communication des résultats,

nous pouvons remarquer que cette fonction est très peu évoquée dans cette enquête.

Nous avons constaté la faible place du patient dans le discours des professionnels au cours des entretiens. La place centrale du patient, ou orientation client tel que déclinée dans la norme ISO du management par la qualité, tout comme dans le référentiel HAS pour la certification, est absente du discours. Cela ne veut pas dire que le patient n'est pas au centre des préoccupations des professionnels mais cela n'est pas mis en mots. Est-ce lié à la culture d'entreprise spécifique de l'hôpital ? Le cœur de métier de l'hôpital est la réalisation de soin. Les professionnels des établissements en sont les acteurs premiers et les managers ont la responsabilité de concourir à l'organisation et la gestion des soins. Cette notion est alors totalement intégrée et pas exprimée car évidente pour ceux qui l'exercent. N'est-il pourtant pas indispensable de replacer le patient au centre du discours professionnel ?

Il est intéressant de noter que l'expression des attentes des managers s'exprime davantage sous forme d'activités (ex. gestion des plannings), de savoir-faire (animer les équipes) ou de qualité (loyal, disponible). Les fiches métiers du répertoire des métiers peuvent alors servir de référentiel compatible avec l'expression des professionnels interviewés. Nous pouvons penser que puisque la compétence ne peut s'évaluer qu'en activités, il est sans doute plus aisé de créer un référentiel qui tienne compte des activités prescrites et des savoir-faire associés, la réunion des deux permettant de mesurer la compétence dans un contexte donné.

## **2.4 Vérification des hypothèses posées**

Première hypothèse: Le manque de formalisation des référentiels métier ou de compétences dans les établissements de santé ne facilite pas les pratiques d'évaluation du management des cadres de santé.

Dans l'enquête réalisée, on peut constater que des supports d'évaluation sont utilisés par les évaluateurs mais qu'ils ne sont pas ou peu en lien avec des référentiels construits et partagés. Les évaluateurs pointent la nécessité d'un support d'évaluation.

Le développement de l'évaluation des pratiques managériales dans les établissements de santé passe sans doute par l'élaboration d'un projet de management incluant l'évaluation (partage du SENS de l'évaluation) et la mise en œuvre opérationnelle à l'aide d'un référentiel d'activités ou de compétences (partage de NORMES et de VALEURS).

Deuxième hypothèse : La posture d'évaluateur est difficilement appréhendée par les managers.

Alors même que l'évaluation fait partie intégrante des fonctions des managers, l'enquête confirme la difficulté de tenir la posture. On peut vérifier que c'est davantage la posture de contrôleur qui semble difficile à tenir par les managers. Cela renvoie alors au statut de l'évaluateur, son rôle et sa pratique de l'évaluation. Cette posture renvoie à la question de la formalisation du projet d'évaluation (la visée et l'opérationnalité) que ce soit :

- l'évaluation de la qualité des soins
- l'évaluation des activités
- l'évaluation des pratiques professionnelles (incluant le management).

## **2.5 Conclusion de l'enquête**

La rencontre avec des professionnels nous permet d'enrichir notre vision de l'évaluation des cadres de santé. Les objectifs d'enquête ont facilité le recueil de données par le biais de deux sources : l'analyse documentaire et l'analyse du discours recueilli lors des entretiens.

La confrontation de ces sources aux hypothèses posées nous permet d'élargir notre réflexion en tant que directeur des soins et de proposer des pistes d'actions que nous développons dans la dernière partie de ce travail.

## **Troisième partie : L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES MANAGERIALES : PISTES DE RÉFLEXION POUR LE DIRECTEUR DES SOINS**

Dans un contexte de changement organisationnel important pour les établissements de santé, le management instauré est bousculé dans sa déclinaison actuelle. Même si pour certains dirigeants, ces modifications sont difficiles à appréhender et source d'inquiétude, c'est le moment opportun de réfléchir et de construire de nouveaux modes de management et de définir les fonctions de l'encadrement soignant dans cette nouvelle configuration. Pour le directeur des soins, mettre en œuvre une politique d'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé participe de sa volonté d'accompagner les changements en cours à tous les niveaux de l'encadrement (proximité, intermédiaire et stratégique) et renforce son action managériale au sein de l'institution de santé. Cette volonté doit tenir compte du temps nécessaire à l'acculturation des acteurs à la question de l'évaluation et doit se décliner au regard des différentes dimensions managériales du directeur des soins. Ainsi dans cette dernière partie, nous traiterons de possibles axes de réflexion sur l'évaluation des pratiques managériales tant du point de vue politique, stratégique, qu'opérationnelle.

### **3.1 Le projet de soin : SENS de l'action managériale de l'encadrement soignant**

#### **3.1.1. Le patient au centre du dispositif**

Pour le directeur des soins, l'élaboration du projet de soin en lien avec le projet d'établissement et le projet médical est un acte majeur de la formalisation d'une politique de soin envisagée dans l'établissement. Ce projet ne peut se concevoir :

- sans la participation active des professionnels des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et des cadres de santé qui déclineront les objectifs et la mise en œuvre dans les pôles d'activités cliniques ;
- sans la collaboration effective des médecins et des autres directions fonctionnelles de l'établissement notamment la direction de la qualité. La politique qualité a des interfaces très fortes avec la politique des soins qui impacte alors fortement le management.

La formalisation des projets de l'établissement en général et du projet de soin en particulier favorise le développement d'un langage commun autour de la dispensation des soins aux usagers. Le patient doit être au centre du dispositif d'actions puisque le cœur de métier de l'hôpital est le soin. Comme nous l'avons développé dans la première partie, la réponse aux besoins du patient est l'axe principal du manuel de certification.

L'orientation client et l'engagement des dirigeants dans les démarche qualité sont deux points essentiels du management par la qualité développés dans les entreprises. Le directeur des soins est partie prenante de ces démarches qualité. L'évaluation du projet de soin servira de catalyseur aux démarches qualité, à l'E.P.P., en lien avec le projet médical.

L'enquête nous a permis de constater qu'il est utile de partager et de mettre en mot le sens à notre action commune. Même si cela semble évident pour chacun des professionnels, il n'est pas inutile, au contraire essentiel de réaffirmer par les mots le SENS de l'action collective. Cela participe de la culture d'entreprise et du renforcement d'une identité professionnelle mobilisatrice d'actions de qualité.

Aussi, le projet de soin, sa déclinaison et sa communication participent à la mise en œuvre d'actions concourant à la réponse aux besoins de santé du patient. Le projet de soin sert de fil conducteur pour les cadres de santé dans leur action de management. Il sert également de cadre au management réalisé par le directeur des soins. La déclinaison du projet de soin est fortement dépendant des compétences managériales développées par l'encadrement soignant. C'est dans ce sens que le projet de soin peut être accompagné d'un projet de management. Il nécessite également de réaliser des bilans d'étape de la mise en œuvre du projet couplés à l'évaluation des compétences managériales des cadres de santé.

### 3.1.2. Un projet de management indispensable

« Le management est un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation essaient de la diriger ou du moins de la guider dans ses activités »<sup>41</sup>.

Pouvoir donner une définition du management est sans doute la base de l'élaboration du projet de management. Cette notion est assez complexe, voire difficile à cerner pour une majorité de cadres. Le directeur des soins pourra alors définir avec l'encadrement soignant, ce qu'est le management dans l'établissement de santé et quelles sont les fonctions attendues du manager donc de son niveau de responsabilité dans l'organisation.

Même si le projet de soin est la base, le socle sur lequel s'appuieront les cadres de santé pour définir les objectifs et les actions des professionnels dans les unités de soin, l'élaboration du projet de management renforcera le cadre de leur action. Il est aussi une

---

<sup>41</sup> MINTZBERG H., Structure et dynamique des organisations, Paris, Ed. d'Organisation, 1982

marque de reconnaissance du management institué par les cadres dans l'établissement. La communication autour ce projet communique des fonctions, de la place et du rôle des cadres de santé, manager des équipes soignantes.

Ce projet renseigne également du management du directeur des soins. Il y aura donc cohérence entre le projet et l'action du directeur des soins.

Ce projet permet de formaliser et d'initialiser une politique d'évaluation des pratiques managériales.

Sans entrer dans les détails de l'élaboration de ce projet qui sera réfléchi en équipe de direction des soins, il nous apparaît important de ne pas omettre certains points dans ce projet. De manière synthétique, on devrait y trouver :

- une définition concertée du management, concertée voulant dire comprise, acceptée et partagée par les managers,
- la déclinaison des fonctions du management en s'appuyant sur le guide d'autodiagnostic du management de la H.A.S. par exemple,
- la définition des différents niveaux de management pour une reconnaissance de l'encadrement, notamment l'encadrement de proximité qui tient une place primordiale et difficile dans l'organisation des soins au patient,
- la clarification des missions de l'encadrement soignant dans le cadre de la nouvelle gouvernance en affirmant le principe de subsidiarité. Le flou engendré par le changement crée de l'insatisfaction. Il faut envisager l'évolution des rôles et missions des cadres de santé dans des organisations complexes et mouvantes où les capacités d'adaptation, d'innovation, de création deviennent essentielles pour les managers,
- la nécessité de l'évaluation des pratiques managériales. Faire reconnaître la nécessité d'évaluer pour améliorer les pratiques en clarifiant la finalité de l'évaluation et déclinant une mise en œuvre opérationnelle. Le but de l'évaluation est aussi d'adapter les cursus de formation aux nécessités des actions des cadres de santé, de favoriser les parcours professionnalisants, de détecter les potentiels d'encadrement, d'accompagner les changements de management, d'anticiper les nouveaux métiers du management, de préparer la future V.A.E. des cadres de santé.

### 3.1.3. Le positionnement du directeur des soins comme manager

Le directeur des soins est chargé de la coordination générale des soins ou de la direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques<sup>42</sup>. Cette mission le situe comme manager des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques donc de développer et entretenir à tous les niveaux de l'établissement un faisceau de compétences pour dispenser des soins de qualité aux patients.

Le manager concourt à la conduite de l'organisation en s'intéressant à l'ensemble de ses ressources donc pour une grande part aux ressources humaines. « L'efficacité du manager passe par le développement des personnes dont il a la responsabilité, ce développement assurant à long terme la réussite collective »<sup>43</sup>.

Pour le directeur des soins, il s'agit, par le biais de son management, d'optimiser les savoirs et les compétences des professionnels. Dans un premier temps, il s'agit donc de connaître les compétences dont l'établissement a besoin pour répondre à la satisfaction des besoins de santé du patient. La politique de management du directeur des soins devra mettre en avant :

- la finalité de l'établissement, c'est à dire rappeler le cœur de métier de l'hôpital qui est la production de soin. Le soin est alors au centre du discours, le projet de soin étant la référence à l'organisation du travail institué.
- des objectifs précis de mise en œuvre qui serviront de balises à la réalisation des projets.

La considération du directeur des soins pour le travail réalisé et pour les hommes qui le produisent, a valeur d'exemplarité pour l'encadrement soignant qui à son tour prendra en considération les hommes et le travail.

La place du directeur des soins dans l'équipe de direction le situe comme manager stratégique pour la réalisation des projets à moyen et long terme. Ce management doit être associé à un management opérationnel et de proximité pour rendre efficace son action au sein de l'établissement.

La constitution de l'équipe d'encadrement soignant et le développement des compétences associées sont indispensables pour le management du directeur des soins.

---

<sup>42</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière

<sup>43</sup> TISSIER D, Le management situationnel, les voix de l'autonomie et de la délégation, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, INSEP-Edition, 1997

## **3.2. Une stratégie d'actions pour le directeur des soins**

### **3.2.1. L'opportunité de renforcer les axes de collaboration**

Dans ses missions, le directeur des soins coordonne la mise en place d'actions en concertation avec l'ensemble des directions fonctionnelles et des équipes médicales. De fait, pour mettre en œuvre le projet de soin et le projet de management associé, le directeur des soins travaille en collaboration étroite avec le président de C.M.E. et les autres directeurs.

Dans le cadre du projet d'évaluation des pratiques managériales, le directeur des soins pourra renforcer ses axes de collaborations auprès :

- de la C.M.E. et des médecins responsables de pôles
- de la Direction des ressources humaines
- de la Direction de la qualité.

#### **➤ Le président de la C.M.E. et les médecins responsables de pôles**

Le rôle dévolu aux médecins responsables de pôles d'activités cliniques dans le cadre de la nouvelle gouvernance leur confère une responsabilité managériale des activités et des équipes médico-soignantes. En collaboration avec le cadre soignant du pôle, les médecins participent au management des personnels médicaux, soignants et administratifs rattachés au pôle concerné.

Pour le directeur des soins qui souhaite mettre en œuvre un projet d'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé, il est nécessaires d'échanger avec les médecins responsables de pôles sur les activités managériales des cadres de santé. A partir de l'identification des axes poursuivis en matière de qualité des soins (efficacité et efficience) et d'évaluation des pratiques professionnelles, il semble indispensable d'identifier et de partager les missions et activités des cadres de santé dans ce contexte de pôle. Cette clarification doit se faire avec les cadres de santé mais en collaboration avec les équipes médicales.

De plus, partager avec les médecins sur les pratiques managériales des cadres de santé ne peut que favoriser une réflexion plus large du management et de la gestion des pôles (critère évalué lors des procédures de certification) et créer une synergie entre les pratiques managériales des cadres de santé et des responsables médicaux de pôle.

Le directeur des soins et le président de C.M.E. pourront ainsi encourager les actions concourant à l'implication des médecins et cadres soignants sur ce thème.

Le projet d'évaluation permet au directeur des soins de clarifier le rôle et missions de chacun des acteurs des pôles et d'inscrire les équipes médicales dans une perspective d'évaluation de leur management au même titre que l'encadrement soignant.

Quand on sait qu'un des objectifs de la nouvelle gouvernance est de créer un management de proximité pour favoriser les performances des activités, on peut augurer que ce management de pôle sera, dans un délai court, évaluer pour proposer et favoriser les actions d'amélioration du management.

### ➤ **La direction des ressources humaines**

Vouloir instaurer un projet d'évaluation des pratiques managériales questionne la pratique d'évaluation des personnels dans un cadre plus large. Sachant que l'un des moments formalisés de l'évaluation reste l'entretien annuel d'évaluation en lien ou non avec la note administrative, il paraît indispensable d'échanger avec la direction des ressources humaines sur les pratiques d'évaluation des personnels dans l'établissement. Le projet du directeur des soins s'inscrira dans les projets de ressources humaines en cours.

La collaboration entre le directeur des soins et la direction des ressources humaines est effective pour la gestion des personnels soignants dans le cadre global de la G.P.E.C. (recrutement, formation, évaluation, promotion professionnelle, mobilité interne , externe...).

Travailler la question de l'évaluation des compétences managériales permet au directeur des soins d'accentuer la collaboration avec la D.R.H. sur :

- la formalisation des fiches de fonction
- les pratiques d'évaluation des personnels
- les supports guide à l'évaluation
- la formation à l'évaluation
- l'inscription de l'évaluation dans un projet démarche métier
- la constitution du répertoire des métiers de l'établissement
- le questionnement sur l'élaboration de référentiels de compétences
- la gestion des compétences
- la validation des acquis de l'expérience
- la formation continue
- la promotion professionnelle
- les procédures de mobilité interne



- les procédures d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels.

### ➤ **La direction de la qualité**

La politique d'amélioration continue et de sécurité des soins, en lien avec le projet de soin est un axe majeur des missions du directeur des soins et de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. La collaboration avec la direction de la qualité est à ce titre incontournable.

Vouloir progresser vers l'évaluation des compétences managériales favorise une progression et un développement vers une politique de management par la qualité décidée par la direction générale.

Cette réflexion initiale peut être précurseur pour une vision élargie du management de la qualité et d'une évolution de la culture qualité à l'hôpital en mettant l'accent sur le lien entre qualité des soins délivrés et qualité du management réalisé.

Le souhait d'évaluer les pratiques managériales des cadres de santé participe des démarches qualité de l'établissement. Cela permet de répondre à certains critères d'évaluation du nouveau manuel V2007.

#### 3.2.2. Une communication interne performante

L'enquête nous a permis de constater que les niveaux hiérarchiques existants entre les membres de la direction des soins ne facilitent pas la communication entre le directeur des soins et les cadres de santé. Il nous apparaît indispensable de créer les conditions d'une communication interne performante pour que le directeur des soins ait une connaissance actualisée des problématiques de soins et de management des soins et puisse aussi transmettre les objectifs fixés dans le cadre du projet de soin.

La communication vise à faire partager le SENS et les valeurs du projet de soin, à concevoir des normes partagées qui serviront de base à l'évaluation. Elle participe d'une collaboration professionnelle et professionnalisante avec les cadres de santé. Cela participe également de la considération accordée au travail des cadres de santé et des professionnels soignants.

La priorité du directeur des soins accordée à cette communication avec l'encadrement soignant a aussi pour objectif de favoriser le décloisonnement entre les unités de soins, entre les pôles, entre les niveaux hiérarchiques d'encadrement, entre les différents groupes professionnels.

Même si le directeur des soins dispose de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé<sup>44</sup>, celui-ci doit se situer dans une démarche méthodologique et stratégique de coordination des différents projets dans le cadre institué par le projet d'établissement. La communication instituée sera alors stratégique, opérationnelle et de proximité.

### 3.2.3. La place de la C.S.I.R.M.T.

La nouvelle composition et les nouvelles missions instituées par le décret du 26 décembre 2005<sup>45</sup> situe la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques comme une instance à part entière des établissements de santé.

La composition pluri-professionnelle enrichit les travaux réalisés par la commission et favorise le décloisonnement entre les groupes professionnels.

Une des nouvelles missions de la C.S.I.R.M.T. est de travailler sur les E.P.P.. Alors même qu'il semble évident d'investir le champ des E.P.P. soignantes, il paraît judicieux d'investir aussi le champ des E.P.P. managériales. L'intérêt envisagé est de créer l'exemplarité de la démarche pour favoriser les E.P.P. soignantes et de retentir sur la professionnalisation de l'encadrement soignant.

Le directeur des soins, dans le cadre de la C.S.I.R.M.T., situe l'évaluation des pratiques professionnelles comme un élément favorisant la reconnaissance du travail réalisé et valorise les compétences associées. Cela permet d'aborder les concepts de compétences individuelles et collectives et de faire les liens entre compétences démontrées et évaluées, qualité assurée et satisfaction des usagers.

## 3.3. Vers une opérationnalité des actions d'évaluation

### 3.3.1. La définition de fonction préalable à l'écriture de référentiels d'activités

La question de l'évaluation entraîne la réflexion sur le référentiel. Si l'on retient que l'évaluation consiste à porter un jugement de valeur entre un référent (une norme) et un référé<sup>46</sup> (ce qui s'observe), il est important de s'interroger sur ce que doit être le référent

---

<sup>44</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière

<sup>45</sup> Décret n° du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activités et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé

<sup>46</sup> Définition donnée par Charles HADJI déjà cité

pour évaluer les cadres de santé. Ainsi, l'une des premières étapes pour le directeur des soins est de réfléchir avec l'équipe d'encadrement soignant à la formalisation d'un référent pour partager les valeurs et les normes.

L'enquête nous a permis de constater qu'il est plus aisé dans la pratique de l'évaluation de se référer aux activités. Les attentes des directeur des soins et des cadres supérieurs de santé se sont largement exprimées en terme d'activités et de qualités. Il semble intéressant de travailler à la formalisation de fiches de fonction ou fiches de poste des cadres de santé et cadres supérieurs de santé de l'établissement.

Dans le contexte de la nouvelle gouvernance, il apparaît nécessaire de clarifier les missions, fonctions, activités de chacun des cadres de santé de l'établissement. C'est une attente des acteurs soignants aujourd'hui. L'expression des professionnels a permis de mettre en évidence de flou qui existe aujourd'hui dans les fonctions d'encadrement intermédiaire et de proximité.

S'intéresser à l'évaluation permet ainsi de poser des bases sur les compétences indispensables à l'établissement dans la mise œuvre des nouvelles organisations. L'expression des cadres de santé sur la réalité de leur exercice permet au directeur des soins d'ajuster, de réajuster la politique de management dans le cadre du projet d'établissement.

Ces fiches de poste ou de fonctions doivent être conçues dans une perspective de réajustement permanent. L'évolution de ces fiches doit être un principe affiché lors de la présentation du projet. En effet, les activités attendues et réalisées varient en fonction des contextes, des projets. Ainsi, l'évaluateur et l'évalué, au cours de l'entretien d'évaluation pourront faire évoluer le référentiel retenu<sup>47</sup>. C'est aussi à ça que sert l'évaluation des pratiques.

Pour la réalisation des fiches de poste, il nous semble intéressant de s'appuyer sur les fiches métiers du répertoire des métiers<sup>48</sup>. C'est une base qui permet de ne pas s'égarer dans des interrogations stériles mais qui sert de guide à une réflexion construite des missions et activités des cadres de santé aujourd'hui dans les établissements de santé.

L'enquête nous a permis de constater également que des fiches de fonctions étaient quelque fois formalisées mais non utilisées lors de l'évaluation. L'objectif de la

---

<sup>47</sup> ARDOINO J., L'évaluation comme interprétation, Revue POUR,

<sup>48</sup> Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Rennes, Ed. ENSP, 2004

formalisation, outre la reconnaissance des activités réalisées et la clarification des missions attendues au sein de l'établissement, est de servir à des activités de manager : recruter, former, évaluer.

Cette formalisation des activités est une première étape pour constituer un référentiel d'activités ou de compétences évolutif et pérenne dans son utilisation. La formalisation facilitera l'acte d'évaluation et la posture d'évaluateur.

La validation des acquis de l'expérience est aussi une opportunité de parler compétences et d'écrire des référentiels de compétences. Ce qui est important, c'est d'encourager les professionnels à écrire.

### 3.3.2. Des temps d'analyse des pratiques managériales indispensables

L'évaluation des pratiques managériales est nécessaire à la professionnalisation<sup>49</sup> de l'encadrement soignant. Nous pensons que l'entretien annuel d'évaluation ne peut pas être l'unique temps de réflexion sur sa pratique professionnelle. Le directeur des soins doit envisager la mise en œuvre de temps d'analyse de la pratique managériale des cadres de santé dans son propre management de l'équipe d'encadrement.

Ces temps d'analyse de la pratique permettront aux cadres de santé de situer leurs actions dans un contexte institutionnel, de prendre de la distance par rapport à leurs pratiques professionnelles et d'évoluer dans leurs projets professionnels.

Il s'agit d'organiser des temps d'échange et de réflexion pour les cadres de santé qui soient de réels lieux de partage d'expérience et de recherche.

Les directeurs des soins rencontrés organisent des temps de rencontres formelles et informelles avec les cadres supérieurs de santé qui permettent d'échanger sur des situations problématiques et sur des informations partagées notamment en ce qui concerne la gestion des personnels et le déroulement des projets. Nous croyons qu'il faut développer ces rencontres avec l'objectif affiché de favoriser l'expression des cadres de santé sur leur vécu des situations rencontrées. Permettre aux cadres de santé de s'exprimer sur des problématiques professionnelles, est déjà un premier pas vers la réflexion, la réflexivité et l'auto-évaluation.

---

<sup>49</sup> C'est à dire le processus permettant de développer des compétences individuelles et organisationnelles pour assurer la qualité du service rendu.

Par son attitude, le directeur des soins doit favoriser cette pratique réflexive auprès des cadres supérieurs qui eux-mêmes favoriseront ces temps auprès des cadres de santé. Par ce que nous avons entendu au cours de notre enquête, nous pensons que le directeur des soins doit rester vigilant dans sa relation de proximité avec les cadres de santé des unités de soins. Cela se traduira par des retours d'informations des cadres supérieurs vers le directeur des soins sur les échanges avec les cadres de santé. Il faut cependant envisager des temps de rencontre entre le directeur des soins et les cadres de santé pour favoriser les échanges professionnels.

La mise en place des pôles ne diminue pas l'attachement des soignants au rôle de la hiérarchie. Elle est recherchée dans l'exercice d'une compétence de cadre reconnue. Elle se situe dans la compétence du cadre de santé à se positionner dans les équipes médicales, soignantes, administratives et à sa capacité à aider les professionnels à analyser les situations de soins rencontrées. L'analyse des pratiques proposée favorisera la professionnalisation des cadres de santé dans ses aspects de positionnement et d'analyse des situations.

On peut penser que les réunions d'encadrement instituées peuvent faire l'objet de ces échanges. Le directeur des soins devra réfléchir à leur conduite. La dynamique de groupe des cadres aura une incidence sur le déroulement de ces rencontres. Pour arriver à l'analyse de pratiques professionnelles, il est nécessaire qu'un climat de confiance soit instauré par l'écoute attentive et respectueuse du groupe et par la possibilité laissée à l'expression orale. Le directeur ne doit pas se situer en contrôleur mesurant les écarts à la norme ou en professeur distribuant les bons points mais en personne ressource pour permettre la distanciation des professionnels vis à vis de leurs pratiques quotidiennes. Il tentera de développer une culture du partage de l'expérience.

Un des moyens de commencer à travailler à l'analyse des pratiques mais aussi d'initier un travail de référentialisation est de demander aux cadres supérieurs et cadres de santé d'exposer les situations managériales rencontrées :

- les plus fréquentes
- les plus « atypiques »
- les plus « à risque »<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> Guy LE BOTERF parle de « savoir-faire critique »

Ce travail d'échange et de partage permet de développer un sentiment d'appartenance à un groupe professionnels et à un établissement. C'est aussi le moyen de travailler sur la culture de l'erreur, c'est à dire réfléchir sur les situations difficiles ou à risque sans l'arrière-pensée de la « faute ». Le directeur des soins doit impulser cette volonté de travailler sur l'erreur. Cela conduit à renforcer les démarches d'anticipation, d'organisation et d'évaluation nécessaires à la réalisation de soins de qualité.

D'autre part, la formalisation des pratiques managériales les plus fréquentes ou « à risque », facilitera l'accompagnement des nouveaux cadres de santé dans leur prise de poste.

Le directeur des soins travaillera avec le directeur des ressources humaines sur des possibilités de formation continue pour les cadres de santé sur l'analyse des pratiques.

### 3.3.3. Développer la pratique de l'évaluation des compétences

L'enquête menée auprès des acteurs de terrain montre que ceux-ci ne sont forcément à l'aise avec l'évaluation tant dans sa conceptualisation que dans sa réalisation.

L'évaluation pour quoi ? Avec qui ? De quelle manière ?

Alors même que les différents projets d'établissement (projet médical, projet de soin, projet qualité, projet social) font référence à la question de l'évaluation (E.P.P., évaluation de la satisfaction des usagers, évaluation des actions, évaluation des résultats, évaluation de la satisfaction des personnels), la finalité de ces évaluations n'est pas souvent formalisée ou n'est pas intégrée par les personnels concernés.

Pour faciliter la mise en œuvre des actions d'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé, le directeur de soins veillera à formaliser et communiquer sur le sens de l'évaluation. Cela sera inscrit dans le projet de soin et le projet de management comme décrit précédemment mais un renforcement de la communication auprès des cadres de santé sur la finalité de l'évaluation apparaît primordiale.

Evaluer est une fonction managériale à part entière. L'enquête a pourtant montré que cette fonction est peu attendue par les managers. Nous pensons, en lien avec l'hypothèse posée, que ce n'est pas le sens de l'évaluation qui est mis en cause mais davantage la posture d'évaluateur à tenir.

En collaboration avec le directeur des ressources humaines, il nous semble important de former les managers à l'évaluation dans le but de :

- clarifier le concept d'évaluation
- situer l'évaluation des pratiques managériales dans un projet institutionnel
- travailler la posture d'évaluateur
- permettre l'utilisation des fiches de poste et partager des pratiques de référence
- élaborer un projet de référentiels d'activités
- créer une dynamique de groupe de l'encadrement soignant.

Le projet de formation pour les cadres de santé permettra d'accentuer la cohérence entre la formation professionnelle continue et le développement des compétences managériales en situation de travail.

La formation continue à l'évaluation et l'utilisation d'un référentiel (fiches de poste ou référentiels d'activités) permettent l'acculturation des cadres soignants à l'évaluation.

L'élaboration de supports d'évaluation pour l'entretien annuel peut être envisagé pour faciliter l'action d'évaluation et la posture d'évaluateur et d'évalué.

## Conclusion

Dans les établissements de santé, la qualité des soins délivrés au patient est liée aux compétences démontrées par les professionnels concernés mais aussi à l'organisation et au management institué dans la structure. Ce lien indéniable entre qualité des soins et qualité du management est partagé par les acteurs de santé mais il n'est pas démontré car non évalué ou peu évalué aujourd'hui dans les hôpitaux. Pour le directeur des soins, la qualité de son management et la qualité du management exercé par l'encadrement soignant a une incidence certaine sur la gestion des équipes, l'organisation des soins, la mobilisation des compétences professionnelles pour assurer des soins de qualité. En tant que directeur des soins, pour assurer les missions qui sont les nôtres, nous sommes concernée par la problématique de la qualité du management réalisé et de son évaluation, en particulier par l'évaluation des pratiques managériales des cadres de santé. A travers ce travail, nous avons souhaité comprendre les freins actuels à l'évaluation des compétences managériales et mesurer les écarts entre les intentions affichées et la réalisation des actions d'évaluation ceci afin d'optimiser notre rôle de manager dans la réalisation des prestations de soins.

Nous avons pu constater l'intérêt des professionnels à la question de l'évaluation mais une réalisation partielle et non coordonnée des actions d'évaluation des cadres de santé. La posture d'évaluateur nécessite un travail de réflexion, de conceptualisation, accompagné de la formalisation de référentiels d'activités ou de compétences propices à l'échange de normes partagées.

Dans un contexte de changement des missions managériales de la direction des soins et du déplacement des centres de décision, la redéfinition des fonctions et activités des cadres de santé est incontournable et est le préalable à l'élaboration de référentiels de compétences et la réalisation des évaluations.

Evaluer les pratiques managériales des cadres de santé est un enjeu pour le directeur des soins par son implication forte dans le management hospitalier. L'objectif de l'évaluation permet au directeur des soins de se situer comme manager, de s'auto-évaluer et de créer une dynamique de management au sein des pôles. Il est celui qui accompagne les logiques de sécurité et qualité des soins. Evaluer favorise son action sur l'organisation du travail, la réalisation des soins mais aussi l'anticipation des compétences attendues et leur adaptation pour recentrer les cadres de santé sur leur cœur de métier.



Le projet de soin et le projet de management sont à la base de ce projet d'évaluation. L'évaluation des compétences managériales favorise la reconnaissance sociale de l'encadrement soignant et l'accompagnement des parcours professionnels. Il reste à travailler avec les instituts de formation pour évoquer les liens entre le développement des compétences de l'encadrement avec la formation initiale et les modalités à venir de la validation des acquis de l'expérience.

---

# Sources et bibliographie

---

## OUVRAGES

**AUBRET J., GILBERT P. et Al**, *Management des compétences*, Paris, Ed. Dunod,

**BERNARD C.Y.**, *Le management total par la qualité*, Paris, Ed. AFNOR, 2000, 327 p

**BOUTINET J.P.**, *Psychologie des conduites à projet*, Paris, Ed. PUF, Que sais-je ?, 1999, 128 p

**DERENNE O., LUCAS A. et Al**, *Le développement des ressources humaines, Volume 2*, Rennes, Ed. ENSP, 2005, 445 p

**FISCHER G.N.**, *La psychologie sociale*, Paris, Ed. du Seuil, 1997, 442 p

**GRAWITZ M.**, *Méthodes de recherche en sciences sociales*, Paris, Ed. Dalloz, 10<sup>ème</sup> édition, 1996, 920 p

**HADJI C.**, *L'évaluation, règles du jeu, des intentions aux outils*, Paris, Ed. ESF, 1989, 190 p

**LE BOTERF G.**, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Ed. d'Organisation, 2004, 244 p

**LEVY-LEBOYER C.**, *Evaluation du personnel*, Paris, Ed. d'Organisation, 1996, 247 p

**MINTZBERG H.**, *Structures et dynamique des organisations*, Paris, Ed. d'Organisation, 1982

**MINTZBERG H.**, *Le management, voyage au centre des organisations*, Paris, Ed. d'Organisation, 1990, 570 p

**MUCCHIELLI A.**, *Communication interne et management de crise*, Paris, Ed. d'Organisation, 1993, 207 p

**MUCCHIELLI R.**, *L'analyse de contenu*, 9<sup>ème</sup> édition, Paris, Ed. ESF, 2006, 223 p

**NERE J.J.**, *Démarche compétence et pratiques managériales*, Paris, Ed. Demos, 2005, 189p

**TISSIER D.**, *Le management situationnel, les voies de l'autonomie et de la délégation*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, INSEP-Edition, 1997, 141 p

**WEISS D.**, *Ressources Humaines*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Ed. d'Organisation, 2003, 782 p

**ZARIFIAN P.**, *Le modèle de la compétence*, Paris, Ed. Liaison, 2001, 114 p

### **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n°2004-8110 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

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

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

Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de Santé

Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôle d'activités et à la commission du soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

### **Manuels et guides**

Manuel d'accréditation des établissements de santé, Février 1996, A.N.A.E.S., Direction de l'accréditation

Manuel d'accréditation des établissements de santé, octobre 2004, H.A.S., Direction de l'accréditation

Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, Edition 2007, H.A.S., Direction de l'accréditation

Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, Janvier 2005, H.A.S., Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Rennes, Ed. ENSP, 2004

### **Articles**

ARDOINO J., Les postures (ou impostures) respectives du chercheur, de l'expert et du consultant, in : J. Ardoino et G. Mialaret, Les nouvelles formes de la recherche en éducation, Andsha, Paris, 1990,

ARDOINO J., L'évaluation comme interprétation, Revue POUR, Juin, Juillet, Août 1996, n°107

BURNEL P., Dossier : la certification des établissements de santé, Cahiers Hospitaliers, Décembre 2006, n°229

COUDRAY M.A, BARTHES R., Le management hospitalier à la croisée des chemins, Gestion Hospitalière, Janvier 2006, n°

LE BŒUF D., MATILLON Y., De l'utilité de l'évaluation des compétences professionnelles en santé, Soins Cadres, Mai 2004, n°50

MUCCHIELLI A., Nouveau point sur les défaillances permanentes en management des cadres infirmiers, Gestion Hospitalière, Mars 1997, n°367

VIAL M., Faut-il un référentiel pour déterminer les missions du formateur des personnels de santé, Soins cadres, Janvier-Mars 2001, n°37

### **Site internet**

[www.afnor.org/efqm.fr](http://www.afnor.org/efqm.fr)

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

[www.reformeshospitalieres.fr](http://www.reformeshospitalieres.fr)

---

## Liste des annexes

---

### ANNEXE I

Le guide d'entretien

### ANNEXE II

La grille d'analyse

## **GUIDE D'ENTRETIEN**

1 – Comment procédez-vous pour évaluer les pratiques managériales des cadres de santé ?

2 – Est-ce facile d'évaluer les pratiques managériales ?

3 – Quelles compétences attendez-vous d'un cadre de santé ?

4 – Ces pratiques d'évaluation vous permettent-elles d'auto-évaluer vos pratiques managériales ?

## GRILLE D'ANALYSE

1 – Comment procédez-vous pour évaluer les pratiques managériales des cadres de santé ?

- qui ?
- quoi ? Qu'est-ce que l'on évalue réellement ?
- où ?
- quand ?
- comment ?
- pour quoi ? (quel objectif ?)

2 – Est-ce facile d'évaluer les pratiques managériales ?

- Éléments facilitants
- Freins à l'évaluation
- Posture de l'évaluateur

3 – Quelles compétences attendez-vous d'un cadre de santé ?

Selon les cinq fonctions du manuel d'auto-diagnostic de la Haute Autorité de Santé

- Prévoir
- Organiser
- Décider
- Motiver
- Evaluer

4 – Ces pratiques d'évaluation vous permettent-elles d'auto-évaluer vos pratiques managériales ?

- posture de l'évaluateur
- conception de l'évaluation